

EMIL VERZA

TRATAT
DE

OGOPEDIE

VOLUMUL I

EDITURA FUNDATIEI

- *Logopedia – știință interdisciplinară*
- *Mecanismele și evoluția limbajului*
- *Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj*
- *Dislalia, alte tulburări de pronunție și terapia lor*
- *Dislexo – disgrafie, simptomatologie și terapie*
- *Limbaj – comportament – personalitate*

Editor: *Prof. dr. CONSTANTIN RUSU*

Redactori: *Emil Candel*

Dorin Carantină

Culegere și procesare computerizată: *Valentina Vartic*

Toate drepturile sunt rezervate Editurii Fundației Humanitas

IMPRIMAT ÎN ROMÂNIA

TIPOGRAFIA SEMNE '94

CUPRINS

ARGUMENT.....	15
INTRODUCERE.....	17
CAPITOLUL I.....	23
LOGOPEDIA - ȘTIINȚĂ INTERDISCIPLINARĂ	
1. Constituirea logopediei ca știință.....	23
2. Importanța teoretică și practică a logopediei.....	28
3. Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj.....	31
4. Legile logopediei	36
5. Frecvența și importanța corectării tulburărilor de limbaj.....	40
6. Metodologia corectării și studierii în logopedie.....	42
CAPITOLUL II	45
LOCUL LIMBAJULUI ÎN CADRUL SISTEMULUI PSIHIC UMAN	
CAPITOLUL III.....	64
MECANISMELE NEUROFIZIOLOGICE ȘI PSIHOLOGICE ALE LIMBAJULUI	
CAPITOLUL IV.....	79
DINAMISM ȘI RELATIE ÎN EVOLUȚIA LIMBAJULUI	
1. Dezvoltarea limbajului în contextul normalității umane.....	79
2. Evoluția limbajului la handicapații senzorial și de intelect.....	86
CAPITOLUL V.....	93
FORMAREA ȘI DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE CITIT-SCRIS	
1. Pregătirea copilului pentru achiziția citit-scrisului.....	93
2. Vârsta optimă de învățare a citit-scrisului.....	95
3. Geneza grafismului și a cititului.....	97

4. Etapele învățării citit-scrisului.....	100
5. Lectura după imagini – etapă premergătoare achiziției citit-scrisului.....	102
6. Citit-scris și intelect.....	110
7. Scris și motricitate.....	112
8. Citire și înțelegere.....	115
9. Citit-scrisul în Braille.....	116

CAPITOLUL VI..... 124

X TULBURĂRILE DE PRONUNȚIE DE TIP DISLALIC

1. Specificul tulburărilor dislalice, pe fondul intelectului normal..	124
2. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de intelect.....	136
3. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de auz.....	140
4. Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de vedere.....	147

CAPITOLUL VII..... 152

X CONVERGENȚE ȘI DIFERENȚE ÎN DISLALIE, RINOLALIE, DISARTRIE

1. Perspectivă generală asupra elementelor comune și specifice..	152
2. Relație și ierarhizare în rinolalie	154
3. Relație și ierarhizare în disartrie	159
4. Relația dintre tulburările de pronunție și tulburările limbajului citit-scris	166

CAPITOLUL VIII..... 178

X METODE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE

1. Cadrul general de referință	178
2. Metode și procedee cu caracter general.....	182
3. Metode și procedee specific logopedice.....	192
4. Organizarea activității de practică logopedică	204

X CAPITOLUL IX..... 212

INFLUENȚA TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE ASUPRA PERSONALITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI

CAPITOLUL X..... 220

EVOLUȚIE ȘI RELATIE ÎN DISGRAFIE-DISLEXIE

1. Spre o teorie generală în disgrafie-dislexie	220
2. Terminologie și definiție.....	221
3. Etiologia tulburărilor scris-cititului.....	225

CAPITOLUL XI.....	239
-------------------	-----

EVOLUȚIE ȘI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE SCRIS-CITITULUI PE FONDUL NORMALITĂȚII PSIHOSENZORIALE

1. Delimitarea domeniului de abordare.....	239
2. Formele și manifestările tulburărilor scris-cititului	240
2.1. Scris-cititul încet, lent, stacato	246
2.2. Dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic și în înțelegerea sensului convențional al simbolurilor lexiei	250
2.3. Dificultăți în respectarea regulilor gramaticale și caligrafice... ..	254
2.4. Omisiuni de litere, grafeme și cuvinte	260
2.5. Adăugiri de litere, grafeme și cuvinte	262
2.6. Substituirii și confuzii de litere, grafeme și cuvinte	263
2.7. Contopiri și comprimări de cuvinte	264
2.8. Nerespectarea spațiului paginii, sărirea și suprapunerea rândurilor	265
2.9. Scrisul servil și citit-scrisul ca în oglindă	266

CAPITOLUL XII.....	281
--------------------	-----

EVOLUȚIE ȘI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE SCRIS-CITITULUI PE FONDUL HANDICAPURILOR PSIHOSENZORIALE

1. Specificul dislexo-disgrafiei în Braille, la deficienții de vedere	281
2. Specificul dislexo-disgrafiei în debilitatea mintală.....	295
3. Specificul dislexo-disgrafiei în bolile psihice.....	314

CAPITOLUL XIII.....	324
---------------------	-----

METODE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA DISLEXO-DISGRAFIEI

1. Cadrul general de referință.....	324
2. Metode și procedee cu caracter general	326
3. Metode și procedee cu caracter specific logopedic	334

CAPITOLUL XIV.....	359
--------------------	-----

RELAȚIA DINTRE TULBURĂRILE VORBIRII ORALE ȘI CELE ALE SCRIS-CITITULUI

CAPITOLUL XV.....	372
-------------------	-----

RELAȚIA DINTRE SCRIS-CITIT ȘI PERSONALITATE

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE.....	387
--------------------------	-----

BIBLIOGRAFIE.....	393
-------------------	-----

Capitolul I

LOGOPEDIA - ȘTIINȚĂ INTERDISCIPLINARĂ

1. Constituirea logopediei ca știință

Logopedia, ca știință, s-a constituit atât din rațiuni practice, cât și teoretice, făcând posibilă sintetizarea cunoștințelor despre limbaj, elaborarea modalităților de creștere a eficienței comunicării verbale, studierea tulburărilor de limbaj și formularea metodologiei specifice educării limbajului tulburat. Logopedia nu este singura știință care abordează problematica limbajului și comunicării, dar o face cel mai complet. Psihologia, psiholingvistica, pedagogia creează o perspectivă generală pe secvențe relativ delimitate, fără ca nici una dintre ele să-și propună o analiză integrală a fenomenului de limbaj și de comunicare. Logopedia își extinde sfera de acțiune de la cercetarea limbajului și comunicării, în relație cu evoluția personalității, la formularea unor legi și metode de corectare a limbajului tulburat, la prevenirea dificultăților verbale și la stimularea comportamentelor verbale.

Prin urmare, logopedia este, pe de o parte, o disciplină psihopedagogică, teoretică, izvorâtă din necesitatea de a elucidă complexe probleme ale limbajului, ce are un rol deosebit de important în viața psihică și în structurarea personalității fiecărui individ, iar pe de altă parte, o disciplină cu un pronunțat caracter practic, ce vizează educarea limbajului tulburat, optimizarea comunicării, înțelegerii și restabilirii relațiilor specific umane. Constituirea ei a fost posibilă ca urmare a progreselor realizate în domeniul științelor psihologice și pedagogice, dar și a progreselor

realizate în domeniul științelor psihologice și pedagogice, precum și în cel al medicinei, fiziologiei, lingvisticii etc.

Etimologic, cuvântul logopedie provine din grecescul „logos”, care înseamnă cuvânt, și „paideia”, care înseamnă educație. În sens restrâns, logopedia se ocupă cu studierea și dezvoltarea limbajului, cu prevenirea și corectarea tulburărilor acestuia. Din câte se știe, primul care utilizează termenul de logopedie este filosoful Socrate, dar se reține accepțiunea modernă a termenului pe care o adoptă Emil Fröschels (1909), când precizează că educarea limbajului tulburat se realizează în contextul stimulării întregii personalități a individului. În definirea logopediei ca știință, o serie de autori pun un accent mai mare pe caracterul ei practic. Astfel, M.E. Hvatțev o definește ca fiind „o știință pedagogică specială, despre prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire” (1959, pag. 5), iar M. Sovak (1956) arată că, este „o știință despre fiziologia și patologia procesului de înțelegere, de comunicare, despre prevenirea și tratamentul pedagogico-corectiv al defectelor în domeniul înțelegerii și comunicării”.

Ca toate celelalte științe ce se sprijină pe datele acumulate în domeniile apropiate, și logopedia asimilează o serie de informații din psihologie, tiflopsihologie, psihologie medicală și psihopatologie, psihofiziologie și neuropsihologie, psiholingvistică și lingvistică etc. Practica logopedică se bazează pe cunoașterea particularităților psihologice ale formării și evoluției limbajului, a caracteristicilor psihopedagogice ale dezvoltării psihismului și ale activității educative cu diferite categorii de handicapați, a implicațiilor deprinderii senzoriale și mentale asupra psihologiei individului și asupra limbajului, pe cunoașterea structurii și organizării aparatului fonoarticular, a poziției și formei corecte în emisia verbală, a regulilor gramaticale și stilistice ale elaborării scris-cititului ș.a. La rândul său, logopedia pune la dispoziția acestor științe informații utile cu privire la prevenirea, formarea și corectarea limbajului tulburat, teoretizează pe baza activității concrete și îmbogățește metodologia de formare a vorbirii, de stimulare a înțelegerii comunicării și de dezvoltare a personalității armonioase.

Preocupări legate de formarea vorbirii coerente, corecte și de înlăturarea unor eventuale handicapuri au existat din cele mai vechi timpuri. Spre exemplu, grecii antici aveau un cult deosebit pentru vorbire și oratorie. Se credea în arta de a vorbi frumos, cursiv și cât mai pe înțelesul auditorului, ceea ce a ridicat vorbirea la un rang de cinste, asigurând oratorului o poziție socială favorabilă. Operele lui

Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hipocrat conțin considerații interesante cu privire la preocupările societății antice de a forma și dezvolta, la toți membrii ei, o vorbire cât mai agreabilă și mai inteligibilă. Descrierea pe care o face Plutarh, în „Vieți paralele”, lui Demostene, ilustrează strălucit posibilitățile de modelare a vorbirii sub influența unor exerciții și a psihoterapiei. Rezultă că Demostene suferea de o bâlbâială accentuată, cu implicații în planul interior, marcându-l ca timid, centrat pe sine, necomunicativ, nesociabil, negativist, irascibil; prin voință și exerciții sistematice de vorbire ajunge nu numai să scape de handicapul respectiv, dar și să-și modifice comportamentul și să-și transforme întreaga personalitate, cu dominarea trăsăturilor pozitive, devenind astfel marele orator al Antichității.

Aceeași prețuire o găsim, mai târziu, la romani prin glasul lui Cicero, care în lucrarea „De oratore” scrie: „dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm și să-l fortificăm, să studiem toate treptele, de la sunetele grave până la cele mai înalte”. Ulterior, în Evul Mediu, cu toate oprimările la care este supusă știința, se evidențiază unele idei pozitive. Astfel, în „Canonul medicinei”, Avicena notează o serie de exerciții utilizate în scopul reglării respirației și vocii, adoptate și în prezent în corectarea bâlbâielii.

Ceva mai târziu, logopedia intră în așa numita perioadă tristă, când se considera că tulburările de vorbire, și în special bâlbâiala, sunt determinate de anomalii ale creierului sau ale limbii și nu se pot înlătura decât prin intervenție chirurgicală asupra organelor respective, ceea ce ducea, de cele mai multe ori, la decesul subiectului.

Progresele din secolele XVIII-XIX cunoscute în toate domeniile și în special marele avânt din științele naturii a stimulat dezvoltarea unor noi domenii de activitate și conturarea altor discipline ce s-au desprins din corpul științelor fundamentale. Lucrările de logopedie sunt tot mai frecvente și crește interesul pentru corectarea handicapurilor de limbaj.

Cercetări mai consistente sunt întreprinse începând cu secolul al XIX-lea. Merită menționate cercetările lui Diefenbach, care preconiza utilizarea metodele chirurgicale pentru remedierea anomaliilor limbii, investigațiile lui Broca (1861), în domeniul afaziei motorii și ale lui Wernicke (1871) pentru afazia senzorială; Kussmaul vorbește pentru prima dată de cauzele nevrotice ale bâlbâielii iar Netkaciiov este autorul metodei de tratament psihologic al bâlbâielii.

Deși preocupările în direcția tulburărilor de limbaj se făceau tot mai simțite, logopedia s-a constituit, ca știință, abia în prima decadă a secolului al XX-lea, prin sintetizarea, teoretizarea și aplicarea la realitățile practicii, a ideilor valoroase de psihologia limbajului și a tulburărilor de vorbire, care apăreau, mai mult sau mai puțin sporadic, într-o serie de domenii apropiate logopediei.

O contribuție de seamă la constituirea logopediei ca știință, o aduce Herman Gutzman (1865-1922) care și-a însușit multe din metodele corectării vorbirii tulburate de la tatăl său, Albert Gutzman, fost director la Institutul de Surdo-muți din Berlin. Din câte se cunoaște, H. Gutzman a ținut pentru prima dată un curs despre tulburările de limbaj în învățământul superior și a elaborat lucrarea de mare circulație intitulată „Sprachheilkunde”, tipărită la doi ani după moartea sa. Preocupările practice ale lui A. Gutzman erau cunoscute sub denumirea de „foniatrie” și se aplicau în Clinica ORL din Berlin. După moartea sa, aceste preocupări au fost continuate de H. Gutzman junior. După modelul foniatriei, la Viena – E. Fröschels, G. E. Arnold; la München – M. Nadoleczny, sunt preocupați, în special, de tulburările vocii preponderent la cântăreți.

Fără îndoială, clinica nu era locul cel mai favorabil pentru avântul științei și nici îngustarea foniatrică a preocupărilor nu avea darul să stimuleze cercetarea și a altor categorii de tulburări ale limbajului. De altfel, însăși concepția medicală a timpului nu acorda importanța cuvenită tulburărilor de limbaj, corectarea acestora fiind făcută, de obicei, de medici și surori cu mijloace psihopedagogice pentru care nu aveau (în toate cazurile) pregătirea necesară.

În 1942, în discursul de deschidere al primului Congres al Societății Internaționale de Logopedie și Foniatrie, ținut la Viena, Emil Fröschels a pus în discuție problema apartenenței și structurii logopediei ca știință, relevând că „logopedia este o știință medicală”. El încearcă, cu această ocazie, să împace foniatria (medicală), a lui Gutzman, cu psihopedagogia, adoptând termenul de „logopedie-foniatrie”. Dar, totodată, se delimitează conținutul celor două domenii: foniatria se ocupă de întreținerea organelor fonatoare și de patologia vocii, iar logopedia, de prevenirea, corectarea, studierea tulburărilor de limbaj și de realizarea procesului de înțelegere și transmisie corectă a informațiilor.

O serie de termeni, care se mențin și azi în logopedie (dislexie, disgrafie, rinolalie etc.), sunt de proveniență medicală. Dar prin natura științei logopedice de a investiga limbajul și de a corecta tulburările de

limbaj, metodele și procedeele utilizate au un pronunțat caracter psihopedagogic și, prin aceasta, se delimitează locul logopediei în cadrul științelor psihopedagogice și, în primul rând, ca ramură a psihopedagogiei speciale (defectologia). Poate că și din cauza dificultăților create de aceste confuzii, într-o serie de lucrări importante pentru logopedie nu se abordează problema apartenenței și nu se elucidează terminologia utilizată.

Astfel, în *Tratatul asupra tulburărilor vocii și vorbirii*, al lui Luchsinger și Arnold, în *Reabilitarea vorbirii* a lui Robert West, Leon Kennedy și Anne Carr nici nu se pune în discuție apartenența logopediei, lăsându-se să se înțeleagă caracterul ei psihopedagogic, prin metodele de studiere și tratare a tulburărilor de limbaj, și cel medical, prin etiologia acestora.

Logopedia contemporană își definește, în prezent, menirea fără a se limita la corectarea tulburărilor de limbaj, la prevenirea și studierea lor; ea are în vedere educarea și restabilirea echilibrului psiho-fizic și dezvoltarea unei întregi personalități, studierea comportamentului verbal și a relației acestuia cu personalitatea umană.

În țara noastră, o cronică din 1835 vorbește de „vindecarea gângăviei”, dar practica logopedică s-a legalizat mult mai târziu, în 1949 și apoi a fost întărită printr-o nouă legiferare, în 1957. Mai întâi, iau ființă cabinete logopedice în policlinici și în unele spitale de neurochirurgie, iar apoi sunt organizate centre logopedice interșcolare și cabinete logopedice pe lângă unele grădinițe și unitățile speciale pentru handicapați. După 1990, la acestea se adaugă cabinetele logopedice particulare.

Constituită pe deplin ca știință în prima decadă a secolului al XX-lea, logopedia își delimitează domeniul față de foniatrie, termen apărut în unele clinici (O.R.L.) din nevoia preocupărilor față de tulburările de voce. Astfel, unii specialiști consideră că foniatria are ca domeniu aparte întreținerea organelor fonatoare și patologia vocală, iar alții, ca pe o specializare a logopediei. La primul Congres de logopedie și foniatrie, ce a avut loc la Viena, în 1942, așa cum s-a mai menționat, s-a militat pentru punerea în acord a preocupărilor celor două domenii sau, așa cum afirma E. Fröschels, cel puțin „împăcarea” lor. În prezent, sfera logopediei se extinde asupra tuturor tulburărilor de limbaj, inclusiv asupra celor de voce, ca și asupra studiului comunicării în cadrul relațiilor interumane pentru dezvoltarea personalității și comportamentelor adaptabile.

2. *Importanța teoretică și practică a logopediei*

În condițiile contemporane, se manifestă o exigență tot mai mare față de modalitățile de înțelegere, de recepționare și comunicare pentru adaptarea și integrarea persoanelor la mediul social. Însuși procesul instructiv-educativ impune cu necesitate formarea și dezvoltarea unor capacități verbale care să faciliteze învățarea și accesul la cultură, formarea deprinderilor de comunicare optimă și eficientă.

Așadar, logopedia are, prin excelență, un caracter aplicativ: de prevenire și înlăturare a tulburărilor de limbaj în vederea dezvoltării psihice generale a persoanei, de a stabili sau restabili relațiile cu semenii săi, de a facilita inserția în comunitate, de a se forma și dezvolta pe măsura disponibilităților sale. Activitatea logopedică este centrată, în special, asupra copiilor nu numai din cauza frecvenței mai mari a handicapurilor de limbaj, dar și pentru faptul că la aceștia vorbirea este în continuă structurare și dezvoltare, iar dereglările apărute au tendința, ca odată cu trecerea timpului, să se consolideze și agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor.

Logopedia are, în primul rând, un scop educativ; ea contribuie la formarea omului, îl ajută pe copil să depășească dificultățile școlare și de adaptare. Din aceeași perspectivă, sunt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea handicapurilor de limbaj și terapia lor. Vârstele preșcolară și școlară mică sunt cele mai favorabile pentru o acțiune logopedică eficientă. Desigur că handicapurile limbajului pot și trebuie să fie corectate și la vârstele adulte, mai cu seamă că ele duc la dezadaptabilități sociale, la tulburări de personalitate și pot perturba poziția socială a persoanei.

Din punct de vedere teoretic, logopedia acumulează un bogat material informativ cu privire la psihologia limbajului și comunicării, la pedagogia curativă, material obținut prin decelarea unor variabile de tipul experimentului natural provocat de situația critică a logopatului.

Pe baza semnificațiilor teoretice și practice, obiectivele logopediei se pot grupa astfel:

- a) studierea și asigurarea unui climat favorabil dezvoltării și stimulării comunicării;

- b) prevenirea cauzelor care pot determina handicapurile de limbaj;
- c) studierea simptomatologiei handicapurilor de limbaj și a metodelor și procedeele adecvate corectării lor;
- d) cunoașterea și prevenirea efectelor negative ale handicapurilor de limbaj asupra comportamentului și personalității logopatului;
- e) elaborarea unei metodologii de diagnoză și prognoză diferențiată în logopedie;
- f) popularizarea științei logopedice și pregătirea familiei și a școlii pentru a manifesta înțelegere și sprijin față de logopat;
- g) formarea unor specialiști logopezi cu o pregătire psihopedagogică, teoretică și practic-aplicativă, care să stăpânească terapia handicapurilor de limbaj;
- h) studiarea și cunoașterea diferitelor aspecte ale deficiențelor senzoriale și mintale ce influențează constituirea structurilor limbajului;
- i) optimizarea activității logopedice atât pentru terapia handicapurilor de limbaj, cât și pentru evitarea eșecurilor școlare și comportamentale;
- j) depistarea populației cu deficiențe de limbaj, începând cu vârsta preșcolară și organizarea activității pentru prevenirea și recuperarea handicapurilor de limbaj.

Așa cum rezultă din cele spuse mai sus, logopedia are multiple raporturi cu o serie de științe și se înscrie în sistemul de conexiuni al diferitelor domenii aplicative și teoretice. Multiplele condiționări ale logopediei cu alte științe sunt impuse și de activitatea practică, pentru succesul căreia este nevoie de colaborarea între logopezi, psihopedagogi, medici și lingviști. E. Fröschels vede în logoped specialistul care posedă cunoștințe din domeniile psihologiei, în primul rând al psihologiei copilului, psihoterapiei, psihopatologiei, foniatriei, foneticii, psihodiagnozei, laringologiei, rinologiei.

În cercetarea problemelor limbajului și a tulburărilor sale există multe zone de intersecție între logopedie și alte științe, precum psihologia, medicina, foniatria, lingvistica, dar ele nu se confundă. Psihologia copilului este de un real folos logopediei, prin cunoașterea etapelor de dezvoltare și manifestare psiho-comportamentale, prin enunțarea posibilităților de evoluție în raport de condițiile instructiv-educative și de capacitățile interne fiecărei persoane. Aceste

cunoștințe sunt întregite prin dinamica și mecanismele dezvoltării, în cazul diferitelor deficiențe psihice de care se ocupă psihopedagogia specială – psihologia deficienților și pedagogia acestora. Psihologia generală face posibilă cunoașterea mecanismelor de dezvoltare a limbajului, a funcțiilor sale și a rolului acestora în viața psihică. Cunoștințele din medicină, dar mai cu seamă cele din psihologia medicală, psihopatologie, foniatrie, laringologie, psihiatrie, neurologie, creează un tablou complex al înțelegerii alterării psihice, al patologiei organelor fonatoare și al implicațiilor acestora asupra formării și evoluției limbajului. De asemenea, aceste discipline fac posibilă înțelegerea rolului jucat de tratamentul medicamentos în ameliorarea vieții psihice și a recuperării fizice, facilitând, astfel, acțiunile educative. La rândul său, logopedia pune la dispoziția acestor științe o serie de date de un interes deosebit pentru înțelegerea etiologiei și simptomatologiei tulburărilor de limbaj, a mecanismelor și dinamicii formării vorbirii corecte sub influența acțiunii educative, a rolului jucat de emisia-recepția corectă a vorbirii pentru dezvoltarea psihică a fiecărei persoane și pentru adaptarea sa la mediul social.

Prin urmare, problematica de care se ocupă aceste discipline de intersecție cu logopedia nu este comună.

În prezent, tot mai mulți specialiști afirmă relațiile logopediei cu alte științe, recunosc necesitatea acțiunii în echipă și evidențiază problematica specifică fiecărui domeniu, dar și avantajele colaborării atât pe plan teoretic cât și practic. Științele contemporane, care au ca preocupare problematica omului, abordează într-un fel sau altul și fenomenul limbajului din perspectiva lor specifică. Dar nu numai acestea, ci și electronica, fizica acustică înlesnesc studiarea experimentală a limbajului și creează condiții tehnice necesare pentru pătrunderea în esența fenomenului, pentru provocarea repetabilității acestuia și surprinderea unor aspecte intime care nu se exteriorizează. Această investigație este cu atât mai necesară, cu cât se are în vedere unitatea dialectică dintre limbaj și psihic, în general, și limbaj și gândire, în special. Limbajul nu poate și nu trebuie privit izolat, ci în strânsă corelație cu ansamblul manifestărilor psihice, integrat în fenomenele psiho-comportamentale pe care le influențează și este influențat de acestea.

3. *Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj*

Asupra individului uman acționează o mulțime de factori, dintre care unii sunt nocivi. Aceștia pot influența negativ dezvoltarea sa, dar organismul are o anumită rezistență ce îi permite o evoluție normală și numai în anumite condiții de fragilizare generală sau parțială, acești factori determină dereglări psihice. Pentru aceasta, se impune o analiză globală a principalelor categorii de factori care pot influența negativ dezvoltarea limbajului și care pot determina oricare disfuncție de limbaj. De aici rezultă necesitatea cunoașterii unor asemenea cauze, nu numai pentru a le preveni, dar și pentru adoptarea unei metodologii științifice în stabilirea diagnosticului diferențial și a modalităților de corectare a limbajului tulburat. În același timp, subliniem faptul că nu totdeauna se pot stabili, cu exactitate, cauzele care au provocat o tulburare sau alta de limbaj și că de cele mai multe ori la baza unei dereglări sau nedevelopări normale se află un complex de cauze. Prin urmare, handicapurile de limbaj apar prin acțiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul nașterii sau după naștere. La aceste cauze generale, ce pot fi incriminate în toate tulburările de limbaj, se adaugă altele specifice unei categorii date și la care ne vom mai referi atunci când vom analiza tulburările respective.

Dintre cauzele care pot acționa în timpul sarcinii, cităm: diferitele intoxicații și infecții, bolile infecțioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, cărențele nutritive, traumele mecanice care lezează fizic organismul fătului, traumele psihice suferite de gravidă, începând cu neacceptarea psihică a sarcinii și terminând cu trăirea unor stresuri, frământări interioare, spaima care își pun pecetea asupra dezvoltării funcționale a fătului.

Din categoria cauzelor care acționează în perioada nașterii le menționăm pe următoarele: nașterile grele și prelungite, care pot provoca leziuni ale sistemului nervos central, asfixiile ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale, diferitele traume fizice, cum ar fi lovirea capului de oasele pelviene, accidente mecanice ș.a. În fine, a treia categorie o constituie cauzele care acționează după naștere; ele alcătuiesc grupa cea mai mare. Acestea pot fi împărțite în patru categorii:

- a) cauze organice, ce pot fi de natură centrală sau periferică. Avem în vedere diferitele traumatisme mecanice care influențează negativ dezvoltarea sistemului nervos central sau afectează nemijlocit, auzul și organele fonoarticulatorii. În cazul unor leziuni la nivelul sistemului nervos central se pot produce, printre alte tulburări, disfuncții ale limbajului ce au o mare varietate, cu cât zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atât tulburările sunt mai ample și cu un înalt grad de complexitate pentru că, de cele mai multe ori, sunt atinși mai mulți centri corticali implicați în realizarea diferitelor funcții psihice. Așa spre exemplu, lezarea timpanului împiedică recepția corectă a limbajului și emiterea normală a sunetelor, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor necesare realizării procesului vorbirii. O asemenea situație are loc și în prognatism și progenie ca și în macroglosie sau microglosie. O anumită frecvență o au infecțiile și intoxicațiile cu substanțe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta, organic sau funcțional, mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Și unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul ș.a. pot determina tulburări de limbaj atât pe cale centrală, cât și periferică.
- b) cauze funcționale. Aceste cauze pot produce tulburări ale limbajului care privesc atât sfera senzorială (receptoare), cât și cea motorie (efectoare). Cauzele funcționale pot afecta oricare din componentele pronunțării: expirație, fonație, articulație. Astfel, apar dereglări ale proceselor de excitație și inhibiție, de nutriție la nivelul cortexului, insuficiențe funcționale la nivelul sistemului nervos central, insuficiențe ale auzului fonematic, putând încetini dezvoltarea sa sau pot crea dificultăți în parcurgerea traseului normal al limbajului.
- c) cauze psiho-neurologice care influențează, mai cu seamă, pe acei subiecți care congenital au o construcție anatomo-fiziologică fragilă sau cu tendințe patologice. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecții cu handicap mintal, la alienații mintal, la cei cu tulburări de memorie și de atenție, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice și acustice. Din

această categorie fac parte și subiecții care se supraapreciază – infatuații, aceste manifestări influențând negativ structurarea personalității și a limbajului.

- d) cauze psiho-sociale. Deși în literatura de specialitate se insistă mai puțin asupra lor, ele nu sunt lipsite de importanță. La o analiză mai atentă vom constata că acestea au o frecvență relativ mare, iar efectele lor negative împieteză nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci și asupra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greșite, în educație (iatrogeniile și didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii copilului în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinților (adulților), ce duc la formarea unor obișnuințe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitările, care favorizează oboseala excesivă, bilingvismul, (obligarea copilului să învețe o limbă străină înainte de a-și forma deprinderile necesare comunicării în limba maternă) ș.a.

Pornindu-se de la etiologia tulburărilor de limbaj, ca și de la simptomatologia și natura acestora, literatura de specialitate conține o varietate de clasificări. Astfel, în logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj care au, de cele mai multe ori, un caracter limitat. Aceste clasificări sunt efectuate în funcție de o serie de criterii, cum sunt cel etiologic, lingvistic, morfologic și simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decât o clasificare unilaterală, care vizează numai parțial natura și varietatea handicapurilor de limbaj. Asemenea clasificări sunt echivoce și nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Astfel, clasificarea adoptată de Parrel, ce are la bază forma de manifestare a logopatiei, se rezumă la enunțarea dislaliilor și disfoniilor (tulburări de emisie, rezonanță și motricitate laringeală). Din această clasificare sunt omise tulburările limbajului scris-citit, afaziile, alaliile ș.a. Pe aceeași direcție se înscrie și clasificarea efectuată de Ch. van Riper, în patru categorii: a) tulburări de ritm (bâlbâială, bolboroseală, tumultus sermonis); b) tulburări de articulație (dislaliile); c) tulburări de fonație (afonie, nazalitate, guturalitate) și d) tulburări de simbolizare (disfaziile). După cum se vede și din clasificare lui Riper, lipsesc, printre altele, tulburările limbajului scris-

citit. Deși mai cuprinzătoare, clasificarea dată de M. E. Hvatțev este și ea echivocă și nu precizează apartenența fiecărei tulburări de limbaj la o categorie sau alta. Autorul citat se referă la: a) dislalii, b) tulburări de ritm și cadență, c) tulburări de limbaj cu etiologie organică cerebrală, d) tulburări de voce, e) tulburări de vorbire și voce psihogene și, în fine, f) tulburări de vorbire la oligofreni și nevăzători.

După cum se poate constata, la baza acestor clasificări, autorii respectivi au adoptat două criterii și anume, cel etiologic și cel simptomatologic, pe care numai Hvatțev le adoptă concomitent, în timp ce Parrel și Riper iau în calcul numai aspectele de simptomatologie. Pe lângă acestea, în literatură de specialitate sunt și alte clasificări care au mai mult o importanță istorică, deoarece nu întrunesc adeziunea specialiștilor, fiind considerate prea puțin precise și fără o delimitare a unei identități specifice. Ca urmare, după criteriul exclusiv etiologic, tulburările de limbaj sunt clasificate, pe de o parte, în senzoriale și motorii, iar pe de altă parte, în primare și secundare (în ambele cazuri, în funcție de specificul și predominanța segmentului anatomo-fiziologic afectat și implicat în producerea activității verbale). În funcție de criteriul lingvistic, avem de-a face cu: - deficiențe fonetice, în care apar dificultăți de pronunțare a unor sunete fără să existe și probleme de discriminare acustică; - deficiențe fonetico-fonematice, în care dificultățile de pronunție sunt însoțite și de deficiențe acustice și - deficiențe fonetico-fonematice lexicogramaticale, unde se găsesc dificultățile din primele două, la care se adaugă și forme, în proporții diferite, de nede dezvoltare a limbajului. Este suficient pentru a ne face o impresie generală, cu privire la valoarea diferitelor clasificări, să amintim și criteriul morfologic, în care localizarea structurală este fundamentală, ceea ce înseamnă că numai cauzele organice existente trebuie considerate și atunci putem vorbi de tipul de tulburări caracteristice afaziei motorii, disartriei bulbare și dislaliei mecanice.

Ni se pare mult mai adecvată o clasificare care să țină seama de mai multe criterii în același timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic și psihologic. O astfel de clasificare elaborată de noi, prin îmbinarea criteriilor de mai sus, a fost descrisă în două din lucrările anterioare (1977, 1983) și s-a impus în literatura de specialitate românească și străină. Sintetic, clasificarea respectivă se rezumă la următoarele categorii de tulburări de limbaj:

1. tulburări de pronunție (dislalia, rinolalia, disartria);

2. tulburări de ritm și fluentă a vorbirii (bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree, tumultus sermonis);
3. tulburări de voce (afonia, disfonia, fonastenia, mutația patologică);
4. tulburări ale limbajului citit-scris (dislexia-alexia și disgrafia - agrafia);
5. tulburările polimorfe (afazia și alalia);
6. tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii, disfuncțiile verbale din autismul infantil-de tip Kanner, din sindroamele handicapului de intelect etc.
7. tulburări ale limbajului bazat pe disfuncțiile psihice (dislogia, ecolalia, jargonofazia, bradifazia ș.a.)

O asemenea clasificare este importantă nu numai pentru activitatea de cunoaștere și terapie logopedică, dar și pentru diagnoza și prognoza tulburărilor de limbaj. În activitatea de corectare, diagnosticul diferențial corect înlesnește stabilirea metodologiei de lucru și fixarea cadrului general de recuperare. Prognoza se realizează în raport de diagnosticul diferențial, de particularitățile psihice ale persoanei, de vârstă cronologică și mintală, de condițiile de educație, de sex. Există și situații când apar dificultăți în stabilirea diagnosticului diferențial și acestea au la bază lipsa de experiență a evaluatorului, o examinare sumară, pripită, neluarea în considerare a tuturor manifestărilor și factorilor determinanți, ceea ce poate duce la confundarea unor tulburări de limbaj cu altele.

La aceste situații se adaugă și factori obiectivi, concretizați în asemănările accentuate dintre tulburări, în manifestări relativ inconstante în raport de dispoziția subiectului la un moment dat. Așa spre exemplu, manifestările vorbirii alalifului pot fi confundate cu cele ale vorbirii unor handicapați de intelect sever, cu lipsa de vorbire a surdo-muților, cu vorbirea dizartricilor, a afazicilor și a celor cu mutism psihogen. Pentru a evita aceste confuzii, investigațiile trebuie să conțină pe direcția examenului psihologic, și alte explorări pe care le consideră necesare specialistul în logopedie.

4. Legile logopediei

Orice știință, pentru a fi recunoscută, trebuie să conțină legi formulate ferm și cu claritate. Ele trebuie să decurgă din logica științei respective, din obiectivele și scopurile ei, din conținutul și problematica fenomenelor analizate, din rezultatele cercetărilor întreprinse în plan teoretic și practic-aplicativ. După cunoștințele noastre, în logopedie, asemenea legi nu și-au găsit un loc definit în literatura de specialitate, iar unele referiri făcute de unii autori la un conținut similar, nu au darul de a întruni condițiile impuse de acestea, pentru că ele sunt vagi și se pierd la nivelul simptomatologiei prezentate în cazul tulburării respective. Acestea sunt temeiuri pentru care ne-am propus să elaborăm legile logopediei, considerând că și în felul acesta ne aducem o contribuție majoră la delimitarea și consolidarea statutului logopediei ca știință. Suntem încredințați că, redată într-o formă sintetică, cu comentarii strict necesare, vor putea fi mai ușor înțelese și raportate la cadrul general al evoluției cunoștințelor din logopedie.

Redăm, în continuare, legile logopediei elaborate de noi. Ele îmbracă următoarele forme:

1. Orice abatere, în formă și conținut, de la vorbirea standard, marcată prin disfuncționalitatea expresiei și receptivitatea limbajului, constituie o tulburare a acestuia. Abaterea poate fi mai extinsă sau mai restrânsă, mai profundă sau mai ușoară, în funcție de etiologie și de particularitățile psihoindividuale ale subiectului, de vârsta cronologică și vârsta mintală etc. și determină un comportament verbal specific îndeosebi în relațiile cu cei din jur.
2. Orice tulburare de limbaj are tendința de a se agrava și consolida în timp, ca deprindere negativă. Cu cât o tulburare de limbaj durează mai mult timp, cu atât ea devine mai stabilă, ceea ce face ca apariția ei în copilărie, fără să fie corectată, să devină o obișnuință, pe fondul căreia evoluează întreg sistemul verbal de mai târziu.
3. Tulburările de limbaj nu presupun un deficit de intelect sau senzorial, dar atunci când apar pe un asemenea fond, ele sunt mult mai grave, mai variate și mai extinse. Este știut că deficiențele senzorialului (mai ales ale auzului) și ale

intelectului constituie, frecvent, cauze ale tulburărilor de limbaj, iar atunci când tulburările de limbaj apar în condițiile normalității intelectului ele nu creează distorsiuni ale acestuia, cu toate că îi pot restrânge posibilitatea de manifestare.

4. Tulburările de limbaj au o frecvență mai mare în copilărie și în perioadele de constituire a limbajului, ca urmare a fragilității aparatului fonoarticulator și a sistemelor cerebrale implicate în vorbire. Sistemul limbajului, ca act hipercomplex, presupune o sincronizare perfectă a elementelor aparatului fonoarticulator (mișcările limbii, buzelor, obrazilor, de deschidere și închidere a gurii etc.) în coordonare cu ritmul inspir-expir, a mișcărilor grosiere și fine (mai ales în scris) odată cu coordonarea acestora de sistemele cerebrale, elaborarea mintală a ideilor și exprimarea lor coerent-logică prin lanțuri de cuvinte mai scurte sau mai lungi ce denotă o anumită maturitate anatomo-fiziologică cerebrală.
5. Toate tulburările de limbaj au un caracter tranzitoriu și sunt corectabile, educabile prin metode specific logopedice și printr-o serie de procedee cu caracter general. Reușita activităților logopedice de corectare a tulburărilor de limbaj este dependentă, printre altele, de adecvarea metodelor și procedeele de terapie logopedică la specificul fiecărei tulburări, de perioada începerii activității de corectare, de gravitatea și extinderea tulburărilor respective, de nivelul dezvoltării mentale și activismul subiectului logopat etc.
6. Tulburările de limbaj, începând cu cele mai simple, produc efecte negative asupra personalității și comportamentului subiectului, deoarece ele sunt trăite dramatic și tensional pe fondul unei frustrări și anxietăți. Ca urmare a existenței tulburărilor de limbaj, se instalează trăsături negative de personalitate și comportament, în timp ce conduitele verbale nu reușesc, în suficientă măsură, să-și exercite funcția de reglare, orientare și direcționare a celorlalte comportamente general umane. Cu cât subiectul devine mai conștient de dificultățile ce le are, cu atât este mai tensionat, le trăiește mai intens pe plan interior, se

izolează și devine negativist față de cei din jur și față de activitate, odată cu teama de nereușitele sale.

7. Tulburările de limbaj nu se transmit ereditar, în timp ce unele structuri anatomice care facilitează producerea acestora se pot regăsi la descendenți. După cum rezultă și din etiologia tulburărilor de limbaj, unele dintre acestea sunt produse și prin efecte psihice sau prin metode negative de educație (traumele, stresurile psihice, slaba stimulare a dezvoltării vorbirii, existența unui model deficitar, menținerea obișnuințelor neadecvate ș.a.) și nu au nici o legătură cu eventualele dificultăți verbale care pot apărea la generațiile următoare. Dar sunt și structuri care contribuie la fragilizarea sistemului nervos central și care în anumite momente ale vieții tind să se instaleze și la urmași, astfel încât pot duce la efecte negative în dezvoltarea limbajului.
8. Tulburările de vorbire, până la vârsta de 3- 3 ½ ani, nu au o semnificație logopedică sau defectologică, ci una fiziologică, atunci când sunt produse ca urmare a nematurizării aparatului fonoarticular sau a sistemelor cerebrale implicate în vorbire. În aceste condiții, odată cu dezvoltarea elementelor respective, dificultățile verbale dispar de la sine, dar dacă persistă mai mult timp sau dacă intervin și alte cauze ele se pot transforma în tulburări specific logopedice.
9. Tulburările de limbaj prezintă o incidență mai mare și o simptomatologie mai gravă la sexul masculin, comparativ cu cel feminin. Aceasta se poate explica și prin relația nemijlocită dintre motricitate-psihomotricitate și evoluția limbajului. Încă din ontogeneza timpurie se înregistrează o evoluție paralelă între motricitate (mers, precizia și rapiditatea mișcărilor etc.) și capacitatea de exprimare și bogăția vocabularului. În genere, fetițele sunt antrenate de timpuriu în relații ocupaționale cu o solicitare mai accentuată a motricității (îngrijirea păpușii, ajutorul dat la punerea-strângerea mesci) odată cu solicitarea de a verbaliza fiecare acțiune.
10. Terapia tulburărilor de limbaj se bazează pe o metodologie corectiv-recuperativă ce se realizează în relație cu dezvoltarea și stimularea întregii activități psihice a

subiectului și armonizarea comportamentelor la condițiile mediului înconjurător. În contextul contemporan, nici din punct de vedere teoretic și nici din punct de vedere practic-acțional, terapia logopedică nu mai poate fi concepută ca limitându-se, exclusiv, la corectarea tulburărilor de limbaj, pentru că, în interesul ei, metodele și procedeele utilizate, cuprind un material informațional-verbal ce se adresează, în egală măsură, limbajului și proceselor cognitive, determinând subiectul la desfășurarea unei activități intelective semnificative pe direcția „mișcării” ideilor. În aceeași ordine de idei, materialul vehiculat în corectarea tulburărilor de limbaj cuprinde și trebuie să cuprindă o serie de îndemnuri și învățăminte pentru a dezvolta subiectului comportamente cu caracter adaptabil la diferite situații ivite și pentru a stimula caracteristicile pozitive ale personalității. Ca atare, modelul limbajului devine integrat și integrator la nivelul psihismului uman.

După cum am precizat, literatura de specialitate nu conține, în mod expres, legi ale logopediei, dar sunt unele referiri la un cadru general al legităților adiacente altor domenii științifice, considerate a fi cu implicații și în domeniul logopediei. Astfel, Dorel Ungureanu (1998, pag. 88) apreciază, că „în logopedie se prelungesc și acționează legi nu neapărat specifice, dar care, deși propriu-zis lingvistic, defectologice sau comunicaționale, au un mare impact și-n abordarea logopedică” (așa sunt legile implicației, competenței, fiziologice și ale economiei de limbaj). În aceste condiții, considerăm că legile elaborate de noi vin să suplinească golul ce poate fi formulat de cerințele deontologice ale logopediei.

Merită să subliniem și un alt aspect. Am evitat, cu bună știință, să formulăm, în acest context, și principiile logopediei, deoarece, pe de o parte, nu am dorit să lăsăm loc la eventuale confuzii între acestea și legile specifice, iar pe de altă parte, în fiecare tulburare de limbaj se pot desprinde principii caracteristice categoriei respective, iar noi le-am analizat în capitolul consacrat acesteia. Mai facem precizarea că unele principii cu caracter general rezultă sau chiar coincid cu scopurile și sarcinile logopediei descrise, de altfel, de noi.

5. *Frecvența și importanța corectării tulburărilor de limbaj*

Logopedia încă nu a ajuns la elaborarea unei metode unanim acceptată pentru depistarea tulburărilor limbajului. Mai mult, încercările de a cuprinde în cercetare o populație mai numeroasă sunt izolate. În fine, frecvența handicapurilor de limbaj nu poate avea caracter de valoare universală, deoarece ele diferă de la limbă la limbă, cât și de la o zonă geografică și social-economică la alta. Din aceste trei motive, literatura de specialitate nu dispune de o statistică cu valabilitate universală, datele diferind de la o țară la alta, de la un ținut la altul. Ca urmare, datele statistice existente sunt contradictorii, contradicție care rezultă și din faptul că unii autori au în atenție numai tulburările limbajului oral, iar alții se referă și la cel scris. Contează, în același timp, exigența mai mare sau mai mică a celor care realizează depistarea și diagnosticarea, ca și standardele adoptate.

O caracteristică generală, reflectată în statisticile existente, este aceea că tulburările de limbaj se mențin la o frecvență mică. Astfel, într-o statistică ce datează din 1961, efectuată pe un număr de 860 copii de vârstă preșcolară din orașul Cluj-Napoca, a rezultat un număr de 125 de copii cu dislalie, ceea ce reprezintă 14,53 %. La copiii de vârstă școlară mică, din totalul de 3065 de elevi examinați, s-au constatat 292 de cazuri cu tulburări de vorbire, adică 9,52 % (E. Neagu). Se constată că frecvența copiilor cu tulburări de vorbire este mai mare la vârstele mici și scade odată cu creșterea în vârstă. Desigur că acest fapt se datorează, pe de o parte, maturizării aparatului fonarticulator, iar pe de altă parte, faptului că influențele educative directe și indirecte contribuie la dezvoltarea vorbirii corecte.

Într-o cercetare efectuată pe un număr de logopați, sub conducerea lui Hvatțev pe populația școlară din fostul Leningrad, rezultă că la numărul de 140.736 de elevi din școala de cultură generală și 144.021 de elevi din școala medie există o proporție de 10,7 % tulburări de limbaj, dintre care 17,9% se află la elevii claselor I-IV și 3,8% la elevii claselor V-X.

În Franța, se citează existența tulburărilor de limbaj combinate cu tulburări psihice în proporție de 40,1 % la copiii preșcolari (3-5 ani); în Elveția, la copiii de vârstă școlară mică, tulburările de limbaj se află în proporție de 12 până la 32% (în funcție de așezarea rurală sau urbană).

Pe când dislalia scade ca frecvență, odată cu înaintarea în vârstă, bâlbâiala are tendința de a se agrava și de a genera noi forme, ca urmare a stărilor tensionale, stresante. Din datele lui D. Denev rezultă că frecvența cazurilor de bâlbâială scade, în Europa, de la apus spre răsărit. În Franța se citează o proporție de 5,7 %, iar în Bulgaria, de 1,11%; cifrele cele mai des citate fiind de 1% la adulți și 2% la copii.

La deficienții de intelect și senzorial, frecvența tulburărilor de limbaj este mult mai ridicată. Astfel, la elevii din școlile ajutătoare există o proporție de 66% cu tulburări de limbaj, în clasa I și 41%, la cei din clasa a III-a. În școlile de nevăzători, la 629 copii cercetați, s-a găsit un procent de 31,5% tulburări de limbaj. (M. Guțu). Arnold citează existența logopațiilor printre oligofreni în proporție 45-55%, iar Knopf arată că la debili mintal, bâlbâiala este în proporție de 17,7% la băieți și 9,8% la fete, iar tumultus sermonis este de 8% la băieți și 11,6 % la fete. La copiii surdo-muți, în perioada demutizării, apar tulburări ale limbajului, mai cu seamă dislaliei, la majoritatea cazurilor. O frecvență ridicată se menține și la hipoacuzici, chiar după primul ciclu de instruire. În genere, cu cât deficiența este mai accentuată, cu atât se constată o frecvență mai mare a tulburărilor de limbaj. La ambliopi, mai cu seamă la nevăzători, tulburările limbajului sunt frecvente în sfera scris-cititului, chiar dacă aceștia învață în Braille. Unii autori citează printre slab văzători 6,7% logopați în școala primară, 7,8% în școlile speciale de orbi și 20% logopați la vârsta preșcolară.

Chiar din aceste cifre cu caracter sumar, rezultă necesitatea și importanța corectării tulburărilor de limbaj. În plus, trebuie subliniat că, totdeauna, corectarea limbajului prezintă o importanță deosebită nu numai pentru înlesnirea comunicării și a integrării în procesul instructiv-educativ, dar și pentru faptul că tulburările de limbaj, în funcție de gravitatea lor, provoacă modificări negative la nivelul personalității și comportamentului logopatului. Într-o serie de cercetări se menționează faptul că elevii cu tulburări de limbaj au un randament școlar redus, din cauza posibilității scăzute de integrare în activitate și a refuzului de a participa la actul comunicativ. Pentru adulți, corectarea este imperioasă și pentru a putea exercita o influență favorabilă asupra educării copiilor și pentru că anumite profesii necesită o pronunție clară și o vorbire fluentă, cursivă.

Dacă tulburările scris-cititului se fac mai puțin simțite în comunicare, tulburările vorbirii orale deranjează mai mult și, în

genere, acestea le determină, adeseori, și pe primele. Ca atare, se impune corectarea vorbirii orale îndată ce apar primele semne ale tulburării ei. Școala, familia, societatea sunt interesate, deopotrivă, în corectarea tulburărilor de limbaj, ceea ce deschide perspectiva dezvoltării armonioase a individului și evitarea eșecurilor în activitate și din relațiile cu cei din jur.

6. Metodologia corectării și studierii în logopedie

Dacă metodele și procedeele de corectare sunt specifice fiecărei categorii de tulburări, studierea tuturor tulburărilor de limbaj are la bază o serie de metode comune. Corectarea se face printr-o gamă variată de metode și procedee, dar alegerea lor este în funcție de fiecare caz în parte, de tipul de deficiență și gravitatea ei, de vârsta și nivelul de dezvoltare psihică, de etiologia și manifestarea acesteia. Deși se cunosc multe procedee în literatura logopedică, ele nu pot fi aplicate întocmai la logopați cu limba maternă română, dat fiind specificul limbii și particularitățile de limbaj. Pentru bâlbâială, tahilalie, bradilalie, tumultus sermonis, nede dezvoltarea limbajului, metodele și procedeele cunoscute au o mai mare valoare generală, în timp ce pentru dislalie valoarea lor este limitată de specificul emisiei și al poziției sunetului afectat în interiorul cuvântului și al propoziției. În afara acestora, sunt o serie de exerciții ajutătoare pentru activitatea logopedică, care se referă la dezvoltarea motricității generale, a motricității aparatului fono-articulator, a folosirii adecvate a gesturilor, a reglării raportului dintre expir și inspir, a stimulării capacității respiratorii, a dezvoltării ritmului, a auzului fonematic etc., care sunt aplicabile, de asemenea, având un caracter mai general. Și în folosirea psihoterapiei se pot prelua principiile generale ce sunt valabile și în aplicarea ei în scopuri curative în situația altor tulburări sau handicapuri determinate psihic sau somatic.

Asupra tuturor acestor metode și procedee de corectare nu vom insista aici, deoarece vom reveni la fiecare categorie de tulburare.

În schimb, o mențiune aparte trebuie să o facem asupra metodelor de studiere a tulburărilor de limbaj. În genere, logopedia se folosește de aceleași metode pe care le utilizează psihologia în studierea limbajului normal. Avantajul constă în faptul că în

logopedie, limbajul este studiat așa cum se manifestă, fenomenul nu mai trebuie provocat pe cale experimentală, iar datele obținute se pot raporta la manifestările normale. Mascarea limbajului tulburat este mai puțin probabilă și urmărirea lui nu numai că se poate face ori de câte ori este necesar, dar se poate cerceta și pe etape de vârstă, longitudinal, în care să fie cuprinși un număr relativ mare de subiecți. Valoarea experimentului în logopedie rezultă, așadar, din geneza fenomenului de tulburare și din manifestarea sa naturală în întregul comportament al logopatului. Totuși, se pot provoca, experimental, diverse situații: de solicitare individuală, în grup, de rezolvare a unor sarcini pe bază de control sau autocontrol prin intermediul limbajului; de comunicare-recepție în diferite activități, de adaptare la situație, de exprimare și recepție a influenței persuasive și expresive a limbajului etc.

Observația joacă, în logopedie, un rol deosebit. Condiția esențială a unei bune observări este aceea de a preciza, de la început, fenomenele pe care le urmărește, pentru că în timpul desfășurării vorbirii pot apărea o serie de comportamente secundare. Este indicat ca înregistrarea datelor să se facă cu fidelitate și este bine să se apeleze la mijloace tehnice, cum sunt: casetofonul, aparatul video, aparatul de filmat etc., pentru a surprinde exact aspectele urmărite. Pentru eliminarea accidentului, observația se poate desfășura în perioade de timp diferite, cu atât mai mult cu cât se știe că în cazurile de proasta dispoziție sau oboseală, tulburarea de limbaj se agravează. Dată fiind susceptibilitatea deosebită a handicapatului, acesta nu trebuie să știe că este observat, pentru că altfel apar fenomene de blocaj, de inhibiție. Observatorul trebuie să-l urmărească pe logopat cum se manifestă atât în anturajul persoanelor cunoscute, cât și al celor necunoscute, deoarece vorbirea și comportamentul său diferă de la o situație la alta. În prezența cunoscuților, el se simte mai degajat, în timp ce în fața necunoscuților el este mai rigid, mai reținut.

Metoda convorbirii urmărește să stimuleze vorbirea logopatului, dar fără a-l pune în dificultate și mai cu seamă fără a se aborda în discuție acele subiecte care-i sunt penibile și pe care el le ocolește. În nici un caz nu se vor consemna abaterile de la vorbirea standard în fața subiectului. Discuția poate fi orientată și în direcția surprinderii frământărilor interne ale subiectului, a mediului în care își desfășoară viața și activitatea, a descoperirii cauzelor tulburărilor de limbaj, a dorinței de cooperare în activitatea logopedică ș.a.

În special, pentru limbajul scris este indicată folosirea metodei analizei produselor activității: compunerile, povestirile, lucrările de control, jurnalele intime etc.

Metoda biografică ne ajută la descoperirea antecedentelor tulburării și a comportamentului subiectului pe baza relatării părinților, a rudelor, a profesorilor.

Metoda testelor, care se aplică azi tot mai mult în logopedie, urmărește să stabilească nivelul de abilitate verbală, consolidarea deprinderii în folosirea limbajului și gradul de abatere de la normal. Totodată, prin intermediul testelor se pot surprinde tulburările afectiv-emoționale din sfera comportamentală, ca urmare a deficiențelor de limbaj.

În special, pentru limbajul scris este indicată folosirea metodei analizei produselor activității: compunerile, povestirile, lucrările de control, jurnalele intime etc.

Metoda biografică ne ajută la descoperirea antecedentelor tulburării și a comportamentului subiectului pe baza relatării părinților, a rudelor, a profesorilor.

Metoda testelor, care se aplică azi tot mai mult în logopedie, urmărește să stabilească nivelul de abilitate verbală, consolidarea deprinderii în folosirea limbajului și gradul de abatere de la normal. Totodată, prin intermediul testelor se pot surprinde tulburările afectiv-emoționale din sfera comportamentală, ca urmare a deficiențelor de limbaj.

Capitolul II

LOCUL LIMBAJULUI ÎN CADRUL SISTEMULUI PSIHIC UMAN

Psihologia contemporană consemnează numeroase studii privind limbajul și comunicarea, abordate multilateral, nu numai de către disciplinele psihologice, dar și de cibernetică, lingvistică, psiholingvistică, pedagogie etc. Cu toate acestea, o serie de aspecte legate de fenomenul limbajului, fie de ordin psihologic, fie psihofiziologic, rămân încă neelucidate, conducând la confruntarea de opinii. Lipsa unității în aprecierea limbajului și a particularităților sale este mai accentuată, dacă ne referim la analiza comparativă a ideilor cuprinse în lucrările ce se ocupă de limbajul normal, tulburat și patologic. În unele cazuri, se constată diferențe sensibile între punctele de vedere în abordarea limbajului, în perioada dezvoltării ontogenetice și în perioada maturității subiectului.

Datorită limbajului, oamenii au posibilitatea să coopereze în muncă, să-și comunice experiența de viață, dar și să fixeze experiența social-istorică, să-și organizeze ideile și activitatea, să se formeze ca personalități și să-și dezvolte conștiința individuală și socială, limbajul fiind forma cea mai înaltă de exprimare și manifestare individuală a omului. Limbajul face posibilă definirea omului, cu toate atributele sale, și contribuie la crearea unui anumit statut în cadrul societății, dar în același timp îl prezintă așa cum este, cu particularitățile sale individuale. Mai mult, limbajul conservă experiența generațiilor anterioare, devenind un bun al omenirii și, în același timp, modalitate de cunoaștere și de relevare a existenței înconjurătoare. Limbajul, ca fenomen social, se îmbogățește și se dezvoltă în permanență, atât din

punctul de vedere al exprimării, cât și al multiplelor influențe ce acționează asupra sa. Vorbind de rolul dialogului, M. Zlate (2000. pag. 191) subliniază că activitatea acestuia nu se întrerupe atunci când încetează comunicarea, deoarece starea de veghe presupune o folosire permanentă a conduitei verbale, de unde și importanța ei pentru viața psihică a omului.

Limbajul îndeplinește o serie de funcții, care sunt, în egală măsură, importante pentru om și pentru viața sa socială. Printre cele mai importante se numără funcția de comunicare, de organizare a ideilor și activității, de fixare și acumulare a experienței social-istorice, de reglare a proceselor psihice ș.a. Prin rolul jucat de limbaj în reglarea proceselor psihice, se influențează, hotărâtor, conduita umană. Investigațiile psihologice, neuropsihologice, logopedice și clinice relevă diversitatea funcțiilor limbajului nu numai în reglarea propriului comportament, dar și al auditoriului și al exprimării afectiv-atitudeale față de lumea înconjurătoare. O serie de funcții ale limbajului, descrise mai recent în literatura de specialitate, ca aceea a descărcării tensiunii psihice, a afirmării personalității în plan social, dialectică etc. exprimă complexitatea și importanța pe care o are limbajul pentru om.

Janet și Ombredane priveau limbajul ca fiind organizat pe niveluri funcționale, cărora le corespund mai multe funcții. Ombredane acordă funcțiilor limbajului un caracter utilitar, arătând că ele pot fi reduse la cinci: *afectivă, practică, ludică, dialectică și reprezentativă*. Aceste funcții nu sunt statice, ele devenind mai complexe și dezvoltându-se odată cu evoluția limbajului.

Importanța limbii și a limbajului a fost subliniată, adeseori, cu prilejul analizei raportului dintre gândire și limbaj. Această legătură s-a constituit în cadrul activității prin afirmarea relației dintre conștiință și limbaj. Desigur, limbajul, ca manifestare psiho-individuală, nu se confundă cu limba, dar la baza exprimării sale stau diverse combinații de sunete, cuvinte și propoziții într-o anumită unitate caracteristică. Importanța limbajului poate fi subliniată și cu ocazia analizei unor aspecte legate de evoluția inteligenței copilului, a modului cum se structurează comportamentul și personalitatea încă de la vârstele mici.

Actul de comunicare sau de exprimare a comunicării (limbajul expresiv), cât și cel de recepționare (limbajul impresiv), poate fi considerat ca o modalitate comportamentală sau o manifestare specifică a fiecărei persoane. Conduita verbală și comportamentul uman general se influențează reciproc. Conduita verbală poate

exprima mai adecvat preferințele și atitudinile umane, dar și posibilitățile sale psihice și culturale. Comportamentul, în general, este și el o modalitate de comunicare, deoarece exprimă anumite stări sufletești, atitudini față de realitatea înconjurătoare, dar nu este atât de variat, de complex și de bogat nici în conținut și nici în diversitatea exprimării, cum este conduita verbală. Din acest punct de vedere, Arthur Staats (1968) explică, pe bună dreptate, întregul comportament uman prin comportamentul lingvistic al omului care are astfel posibilitatea să controleze unele situații și să se raporteze în mod adecvat la ele.

Limbajul, ca manifestare comportamentală, se poate desfășura prin diverse forme, dar conținutul, semantica exprimării este aproximativ aceeași. Una din formele cele mai frecvent folosite și mai adecvate este vorbirea, care, ca modalitate de manifestare a limbajului, constă în antrenarea permanentă a omului în activitatea de comunicare. Astfel, vorbirea, ca formă de manifestare a conduitei verbale, reprezintă utilizarea individuală și specifică, într-o situație concretă a limbii. Realizarea vorbirii presupune combinarea unor forme purtătoare de sens și exprimarea lor desfășurată odată cu desfășurarea unui sistem de semne variabile de mare complexitate.

Prin intermediul vorbirii, se transmite o anumită cantitate de informație, se exprimă o anumită atitudine și stare afectiv-emoțională, în funcție de conținutul celor exprimate, se exercită o anumită influență asupra auditorului și asupra propriului comportament al vorbitorului. Datorită formei de manifestare exterioară a conduitei verbale, auditorul, arată G. A. Miller (1956, pag. 8), are posibilitatea să-l cunoască pe vorbitor sub aspectul naționalității, vârstei, sexului, zonei geografice unde s-a născut, mediului social din care provine și al nivelului de instrucție. De obicei, aprecierile valorice făcute de către auditor asupra interlocutorului nu se referă numai la aptitudinile și posibilitățile sale verbale, ci vizează întreaga sa personalitate, cu toate atributele ei psihologice. Dacă aceste aprecieri nu sunt făcute pripit și nu sunt elaborate în urma unei situații accidentale, ele corespund realității și pot fi confirmate în diverse împrejurări. În timpul desfășurării conduitei verbale, pe plan ideativ au loc combinații și sistematizări de stereotipuri care se finalizează printr-o serie de modalități psihice, elaborate în funcție de diferite activități.

Faptul că oamenii posedă stiluri verbale diferite determină accentuarea diferențelor subliniate mai sus. Prin aceasta, conduita verbală capătă o importanță deosebită și nu poate fi redusă la o

schemă de tip behaviorist. Tocmai de aceea se justifică critica făcută de N. Chomsky lui B. F. Skinner, care minimizează contribuția vorbitorului, acordându-i o valoare trivială și complementară.

H. Sinclair a scos în evidență interdependența strânsă dintre capacitățile lingvistice și dezvoltarea unor modalități de operare mintală. Astfel, are loc o interferare între sistemul lingvistic și cel intelectual, prin punerea în valoare a întregii personalități.

În general, conduita verbală nu rămâne aceeași, ea se modifică în raport cu evoluția psihică a omului, cu nivelul dezvoltării cultural-educative, cu particularitățile vârstei, cu tipul de motivație și încărcătura afectivă (E. Verza, 1973).

Relația cea mai pregnantă se manifestă atât între conduita verbală și dezvoltarea psihică generală, cât și între conduita verbală și gradul de normalitate al vorbirii sau al tulburărilor sale. Este știut că deficiențele intelectuale îngreunează învățarea limbajului, iar manifestarea unei conduite verbale adecvate este influențată negativ nu numai de slaba stăpânire a mijloacelor lingvistice, dar și de dificultățile de realizare a autocontrolului în învățarea verbală. Tulburările limbajului, începând cu cele mai simple, influențează negativ conduita verbală, ca urmare a posibilităților reduse de exprimare, iar pe de altă parte, a existenței unei anumite temeri și rețineri a handicapărilor de limbaj, care îi împiedică să se desfășoare la nivelul posibilităților psihice reale. Mijloacele ajutoare de comunicare (mimica, gesturile etc.) intervin, adesea, în sprijinirea conduitei verbale a deficienților de limbaj, și mai cu seamă a celor senzoriali, dar, deși aceștia apelează frecvent la asemenea forme, se constată o slabă concordanță în desfășurarea vorbirii pe baza regulilor logice și lingvistice (gramaticale, stilistice, lexicale, fonetice) și semnificația ce rezultă din modalitățile de exprimare nonverbală. Fenomenul pare și mai evident când este vorba de exprimarea unor intenții și atitudini sau a unor conținuturi direcționate implicit. Desigur, aceste neajunsuri sunt suplinite, într-o oarecare măsură, de existența contextului, dar și acesta are o cuprindere simplificată.

Forma sub care se desfășoară conduita verbală, cât și relația dintre vorbitor și interlocutor, imprimă un anumit conținut de idei și o anumită fluentă vorbirii. Spre deosebire de dialog, monologul reflectă mai bine și mai nuanțat procesul ca atare, din planul mintal. În ultimă instanță, în aceste forme de limbaj dezvoltarea intelectuală și posibilitățile psihice apar în plină desfășurare și complexitate. Dacă în dialog sunt mai vizibile rezultatele discuției, în monolog se

evidențiază mai pregnant latura semantică a vorbirii, conținutul, sensul ei. De aceea, și nivelul de cultură al vorbitorului se prezintă, în monolog, ca o condiție a desfășurării sale din punct de vedere calitativ superior. Gradul de cultură al omului imprimă un anumit stil. Fiecare om operează cu un anumit vocabular care are o factură mai colorată sau mai sobră și, în general, posedă o anumită fluiditate, coerență, logică. Din acestea, rezultă faptul că prin vorbire pot fi puse în evidență și cercetate o serie de caracteristici ale personalității. Vorbirea exprimă, în final, tocmai particularitățile personalității, o serie de însușiri ale caracterului, ale temperamentului și ale aptitudinilor verbale ale vorbitorului. Tocmai de aceea se poate vorbi de arta dificilă și complexă de a ști să vorbești în diferite împrejurări și să te adaptezi la situațiile evocate.

Nu în ultimul rând, merită a fi remarcat și faptul că prin vorbire pot fi puse în evidență perturbările sau dereglările mecanismelor logice operante ce intervin în comunicare. În dialog, spre deosebire de monolog, tulburările de vorbire pot fi ascunse, mascate de către vorbitor. În măsura în care vorbirea se desfășoară cu pauze mari, ea permite vorbitorului să se gândească și să-și aleagă anumite cuvinte pe care le utilizează mai bine și, concomitent, el poate să evite acele cuvinte care ar face dificilă comunicarea.

„Această strategie este evidentă în cazurile de bâlbâială și dislalie gravă. În astfel de cazuri, monologul (datorită conținutului și sensului pe care îl urmărește vorbitorul) pune în evidență mai pregnant dereglările de limbaj care perturbă fluiditatea, cursivitatea, necesară și caracteristică monologului” (E. Verza, 1973, pag. 15-16).

Așadar, conduita verbală este superioară oricărei alte forme de comportament uman pe care îl subordonează, îl direcționează și îl stimulează. În acest context, J. Piaget (1966) remarcă superioritatea conduitei verbale, prin raportarea ei la conduita sensori-motorie, ceea ce permite și sublinierea etapelor de dezvoltare a comunicării în copilărie.

În evoluția ontogenetică a copilului, conduita verbală se dezvoltă și se îmbogățește în permanență, modalitățile verbale devin mai complexe și mai diversificate. Conținutul și semnificația celor exprimate prin intermediul conduitei verbale se încarcă de caracteristici subtile și rafinate. Acest conținut este transpus în forme exterioare mai variate, care poartă, mai mult sau mai puțin, pecetea, marca fiecărei personalități. Prin dezvoltarea limbajului și prin evoluția psihică generală, copilul își însușește noi modele de conduită

verbală care contribuie nemijlocit la acumulare experienței sociale. Și invers, dezvoltarea psihică nu ar fi posibilă fără comunicarea verbală și, în general, în afara conduitei verbale. (A. N. Leontiev, 1964). Astfel, devine mai accesibilă înțelegerea „sistemului deschis” al limbajului, care se conservă prin fluxul continuu de schimburi cu mediul (J. Piaget, 1971), și aceasta, desigur, în cadrul ambianței sociale.

Dacă până la intrarea copilului în școală, vorbirea se însușește mai mult sau mai puțin spontan, în școală are loc așa zisa „culturalizare” intensă a conduitei verbale, prin acordarea de sensuri noi sub influența particularităților intelectuale. Factorul de instrucție și educație, ca și dinamica proceselor psihice, care se modelează sub influența acestora, determină comportamente variate și complexe, a căror finalizare solicită intens planurile intelectuale. Conduita verbală este influențată, așadar, de o sumă de factori. La unii din aceștia ne-am referit mai sus, iar pe alții îi vom analiza în continuare, pe baza unor experimente efectuate de noi, cu scopul de a surprinde particularitățile conduitei verbale. Decelarea acestui fenomen, pe baza unor experimente, poate să surprindă inserția subtilă a limbajului în comportamentele dobândite și în personalitatea umană.

Experimentul s-a efectuat pe două loturi de copii: 60 de copii proveniți din școala generală, clasele a III-a, a V- a și a VII-a (câte 20 de elevi din fiecare clasă) și același număr de copii (60) din școala specială, aparținând, de asemenea, claselor indicate. Toți subiecții au fost supuși la patru probe: 1. să răspundă la proba asemănării din WISC; 2. să răspundă la proba vocabular din WISC; 3. să realizeze o compunere, având la dispoziție timp nelimitat și 4. să scrie, în interval de 10 minute, cât mai multe cuvinte. Timpul folosit de fiecare subiect pentru realizarea compunerii era notat de experimentator fără știrea subiecților. Subiecții nu au fost selecționați, ci luați la întâmplare din clasele respective.

Datele obținute de la cele două loturi diferite de subiecți ne-au permis să efectuăm o comparație între calitatea și cantitatea conduitei verbale, în funcție de situația dată, pe de o parte, iar pe de altă parte, să apreciem conduita verbală în funcție de dezvoltarea psihică.

La copiii cu intelect normal, se constată o serie de diferențe semnificative în funcție de vârstă și clasă (tabelul nr.1). Aceste diferențe sunt și de ordin calitativ și cantitativ. În cazul compunerilor, la copiii din clasa a III-a se observă un efort vădit și o preocupare intensă pentru redarea coerent-logică a celor exprimate. Ei caută să

găsească elementele necesare pentru restructurarea ca sens a narațiunii și să creeze cititorului posibilitatea de a „descifra” sensurile și evenimentele relatate în compunere.

Tabelul nr. 1.

Clasa	Nr. subiecților	Nr. punctelor la proba asemănări	Nr. punctelor la proba vocabular	Nr. cuvintelor la proba cuvinte	Timpul utilizat la proba compunere	
					total	medie
III	20	268	662	928	7h.50'	23'30"
V	20	343	998	1745	8h.38'	25'54"
VII	20	432	1425	2172	9h.58'	29'54"

Din probele de compunere, mai ales la elevii clasei a VII-a, reiese vizibil procesul de transpunere spontană a unor aptitudini verbale, particularități de personalitate, aspirații și atitudini față de evenimentele cuprinse în narațiune. Se poate afirma, prin urmare, că dezvoltarea intelectuală facilitează proiectarea personalității, astfel încât intuițiile, ideile, trăirile interioare, contextele devin transparente.

Copiii cu intelect normal sunt capabili să efectueze compoziții care denotă posibilități de integrare a elementelor disparate într-o povestire cu explicații plauzibile. Interesant este că episoadele descrise se realizează pe baza unor motivații, fenomen mai accentuat la subiecții din clasa a V-a, dar mai cu seamă la cei din clasa a VII-a. În cazul acestora, conduita verbală are un fir logic, derivat din închegarea într-un tot a elementelor prezentate, iar personajele înfățișate sunt capabile de reușite și de eșecuri, „trăiesc” un moment din viața lor.

La copiii cu intelect normal, dar care manifestă tulburări de limbaj, deși se mențin aceste caracteristici, se observă o anumită reținere în folosirea cuvintelor, a noțiunilor. Pauzele care intervin în vorbirea orală nu se datorează neînțelegerii sensului celor exprimate, ci dificultăților de pronunție sau existenței unor cuvinte care au pentru copil o încărcătură afectivă anxioasă, rezultată din greutatea emiterii lor și nu din cauza semnificației cuvintelor. Desigur, în acest caz, procesul de organizare al narațiunii se realizează mai greu și cu unele ezitări.

În genere, copiii din școala generală încearcă să găsească mecanismul causal al conținutului povestirii și, prin aceasta, narațiunea are un context dens. Elementele din povestire au o interpretare originală și interesantă, sunt plasate în timp și spațiu, de unde rezultă cunoștințele subiectului, experiența sa de viață, capacitatea de interpretare și de operare cu elementele respective, în scopul întregirii epicii narațiunii. Unii dintre subiecți emit judecăți de valoare cu privire la acțiunile pe care le fac personajele respective, iau atitudine implicită sau explicită față de comportarea acestora.

La proba asemănări, copiii cu intelect normal reușesc să sesizeze esența asemănărilor dintre cuvinte-noțiuni. Ei redau ceea ce este comun și specific prin afirmarea asemănărilor și nu a deosebirilor dintre noțiuni – așa cum procedează deficienții mintal. Și la proba de vocabular, definițiile date de copii reflectă capacitatea de sinteză și de exprimare în termeni concisi, prin folosirea unei vorbiri adecvate. Performanțele, atât la o probă cât și la cealaltă, au un caracter semnificativ de la o clasă la alta, fapt ce poate fi explicat prin dezvoltarea psihică generală în funcție de vârstă și prin eficiența procesului instructiv-educativ.

Proba de cuvinte denotă folosirea unui număr relativ mare de cuvinte, dar și o serie de caracteristici calitative, rezultate din conținutul abstract și diversificat al cuvintelor. Spre deosebire de deficientul mintal, care utilizează majoritatea cuvintelor denumind obiectele aflate în preajma sa, copilul normal face apel la cuvinte cu un conținut bogat și variat.

La copiii cu debilitate mintală, la proba de asemănări se constată diferențe semnificative între performanțele realizate raportate la clasă. Diferențele sunt mai semnificative între subiecții din clasele a III-a și a V-a, în comparație cu diferențele dintre cei din clasele a V-a și a VII-a (tabelul nr. 2).

Tabelul nr.2

Clasa	Nr. subiecților	Nr. punctelor la proba de asemănări	Nr. punctelor la proba de vocabular	Nr. cuvintelor la proba cuvinte	Timp utilizat la proba compunere	
					Total	Media
III	20	83	198	610	6h. 18'	18'54"
V	20	126	368	1290	6h. 29'	19' 27"
VII	20	143	563	1303	6h. 21'	19' 3"

Ceea ce caracterizează răspunsurile date de copiii din clasa a III-a este faptul că ele nu exprimă esența asemănărilor dintre cuvinte-noțiuni. Sunt aleatorii răspunsurile care ar trebui să sesizeze esența asemănării dintre noțiuni; ele nu au un caracter de descriere a ceea ce este comun și nici măcar nu evidențiază caracteristicile principale. În mai multe cazuri, subiecții încep a răspunde nu prin afirmarea asemănărilor, așa cum este formulată sarcina, ci prin descrierea deosebirilor. Abia după ce li se atrage din nou atenția asupra sarcinii formulate, unii reușesc să descrie asemănările. Aceste caracteristici se mențin, în mare măsură, și la copiii din clasele a V-a și a VII-a, apărând, însă, unele descrieri ceva mai complete. Copiii mari reușesc, în special, să înțeleagă mai bine sarcina, dar posibilitățile legate de sesizarea asemănărilor dintre noțiuni sunt reduse. S-a constatat că atunci când sunt ajutați să dea primele răspunsuri corecte, ei se descurcă mai bine, deoarece se mențin în cadrul schemei date. Frecvente sunt situațiile de transpunere rigidă a răspunsurilor într-o schemă sugerată de experimentator sau se păstrează chiar schema folosită prima dată de subiect. Așadar, structura limbajului la debilul mintal se caracterizează prin imobilitate, rigiditate, atât pe linia exprimării, articulării și succesiunii cuvintelor în propoziție și frază, cât și din punct de vedere semantic și de structură a ideilor, al ordinii și succesiunii lor.

La proba de vocabular, rezultatele obținute denotă o diferențiere sensibilă între copiii de vârste și clase diferite. Copiii din clasa a III-a obțin 198 de puncte, cei din clasa a V-a, 368, iar cei din clasa a VII-a, 563. Media realizată pe subiect este extrem de mică, dacă avem în vedere posibilitatea pe care o oferă proba de a obține un punctaj mai mare.

Aceste rezultate slabe sunt urmarea faptului că deficienții mintal nu reușesc să definească noțiunea printr-un sinonim sau să descrie caracteristicile determinante pentru categoria generală la care aparține cuvântul. Cele mai multe răspunsuri descriu vag sau exprimă o utilitate puțin precizată a obiectului sau fenomenului respectiv. Pe măsură ce noțiunile devin mai greu de definit (spre sfârșitul probei), înțelegerea conceptuală devine tot mai dificilă. La multe nu se dau nici un fel de răspunsuri, iar la altele răspunsurile sunt complet greșite. Desigur, particularitățile descrise sunt mai accentuate la copiii mici.

La proba de cuvinte, diferențe foarte semnificative apar între copiii din clasa a III-a (610) și cei din clasa a V-a (1290), în timp ce între ultimii și cei din clasa a VII-a (1303) diferențele nu sunt semnificative. Acestea denotă că acumulările în structura limbajului la debil, în interdependență cu dezvoltarea gândirii, au un caracter mai pronunțat în clasele mici (la vârstele mici), după care urmează acumulări lente, cu diferențe mai mici între etapele succesive. De aici concluzia că vocabularul copilului cu debilitate mintală se îmbogățește mai ușor și mai rapid în primele clase, pentru ca mai apoi perioadele de achiziții de noi cuvinte să fie mai lungi. În cazurile de deficiențe intelectuale grave, apar chiar perioade de stagnare. Aceasta exprimă, în ultimă instanță, potențele intelectuale ale acestor copii, gradul sau nivelul pe care îl pot atinge sub raportul dezvoltării gândirii și al structurilor de limbaj.

În ceea ce privește conținutul conceptual al cuvintelor enunțate, ele se caracterizează printr-un înalt grad de concretizare și intuitivitate. Nediferențierea conținutului semantic al cuvintelor, la unii copii, sau lipsa activismului, a conștientizării celor exprimate, la alții, duce la scrierea unor cuvinte de două ori: o dată la singular și o dată la plural (creion, linie - creioane, linii). La clasa a III-a, numai doi copii folosesc și unele cuvinte cu un caracter abstract mai accentuat. 50% din aceștia enunță cuvintele în propoziții, deși sarcina a fost înțeleasă. Unii folosesc în exclusivitate nume proprii. La clasa a V-a, un singur copil formulează propoziții, iar la a VII-a, nici unul. Numărul copiilor care folosesc și cuvinte abstracte este mai mare, în special la cei din clasa a VIII-a, unde procentul este de peste 50%.

Compunerile pun în evidență mai bine particularitățile structurale ale limbajului și comprehensiunea ideilor. Conținutul este foarte sărac și exprimat prin propoziții scurte și incoerente. Unele nici nu constituie compuneri, ci propoziții separate, fără nici o legătură între ele. La clasa a VII-a, nu se mai întâlnesc asemenea compoziții, dar persistă caracterul incoerent și sărac în conținut. Incoerența este cauzată nu numai de inteligența deficitară, ci și de imobilitatea structurilor verbale sau de folosirea „șabloanelor” în vorbire.

În alegerea subiectului pentru compunere se constată că predomină tema vacanței, iar alții improvizează o narațiune cu multe elemente din poveștile învățate sau reproduc întocmai cele însușite cu alte prilejuri. Aceasta dovedește inerția gândirii, persistența elementelor anterioare în activitatea prezentă a debilului. Narațiunea nu este cursivă, nu urmărește un fir logic în povestire, iar conținutul

sărac în idei accentuează și mai mult structura rigidă a limbajului și existența unor expresii banale, stereotipe.

Unele lucrări poartă un titlu („Vacanța de iarnă”, „Cum mi-am petrecut vacanța” etc.), și au o încheiere menționată în text („și cu asta închei mica mea compunere”). Alte lucrări au și un desen, de exemplu, o fetiță cu o floare (clasa a III-a) și chiar încercări de a compune versuri („poiană și poienită”, „mult mi-ești dragă și iubită” — clasa a V-a).

Deși timpul acordat pentru compunere a fost nelimitat, copiii cu debilitate mintală utilizează, în general, un timp foarte scurt, ceea ce denotă că posibilitățile de concentrare sunt limitate, ca urmare a antrenării reduse în sarcina de comunicare, a unui slab efort în mobilizarea capacității de verbalizare. Copiii debili nu elaborează mai întâi un plan de expunere, își expun ideile la întâmplare, fără legătură între ele, iar cuvintele și propozițiile nu sunt alese și nici nu exprimă, totdeauna, sensul adecvat ideii.

Exprimarea ideilor este îngreunată și de prezența, la majoritatea copiilor, a tulburărilor de limbaj. La clasa a III-a, dislalia și unele forme de bâlbâială ușoară coexistă cu disgrafia, iar la clasa a V-a și în special la clasa a VII-a, cazurile de dislalie și bâlbâială sunt puțin frecvente, dar se mențin în număr mare disgrafiile. Dislalia debilului are un avantaj foarte larg, deoarece înlocuirile, omisiunile, confuziile și deformările se produc fără regulă, întâmplător. În timp ce formele dislaliei la debil sunt complexe, iar labilitatea este mai mare ca la normal, bâlbâiala are o pondere relativ mai mică și nu este atât de complexă, comparativ cu alte forme ale tulburărilor de limbaj. Ea nu este atât de accentuată ca la dislaliei normale, se manifestă mai mult sub forma repetărilor și, din această cauză, se corectează mai facil. Deficiențele de vorbire prezintă un anumit specific și sunt caracterizate prin voce slabă, vorbire parțial sau total neinteligibilă, ca urmare a articulației defectuoase, ca și a lacunelor în cunoștințele gramaticale, sintactice și semantice: ritmul, intensitatea, debitul și timbrul sunt dezagreabile.

Greșelile de tip disgrafic apar în aproape toate compunerile și chiar în proba de cuvinte. Cele mai frecvente sunt înlocuirile sau substituirile: m←n, u←n, ț→t, b↔d, ș→s, ă→a, a→e, s→z, b→p, d→t, b→g, f↔v, ghe→ge, chi→ci, t→p, l→r, c→g, i→e; ț↔s; omisiunile literelor i, r, c, u, e, ă, l, t, p și în special ale celor finale, ale diftongilor și triftongilor; adăugiri, i, e, n; deformări de cuvinte: *ieveion* în loc de revelion, *plimbæ* în loc de plimbare; contopiri sau

greșeli de tip gramatical. Apar, de asemenea, o serie de neregularități dimensionale ca, de pildă, nerespectarea mărimii grafemelor, a intervalelor dintre ele și, în general, a spațiului grafic.

Inteligibilitatea limbajului este scăzută nu numai din cauza gândirii deficitare a debilului, dar și din cauza existenței unui mai mare număr de tulburări de limbaj.

Toate acestea accentuează fenomenul de perseverare verbală, care este specifică pentru structurile de limbaj incoerente. Aceasta face să crească sensul aleatoriu al celor exprimate, simplificând la maximum structura narațiunii – caracteristică pentru lipsa de nuanțări a relatării – receptarea fenomenelor de limbaj devenind astfel foarte greoaie.

Fluența caracteristică pentru debilul mintal, în desfășurarea ideilor, este de așa natură încât îl face să opereze fragmentar și discontinuu în relatarea verbală, ajungând la narațiune, care nu se poate constitui totdeauna în unitate structurală. Deoarece mecanismele elaborării sensului și semnificației nu acționează facil, rezultă un ritm lent în formarea gândirii critice și a conceptului de cauzalitate. Desigur, aceasta influențează negativ conduita verbală, în sensul că se manifestă stereotip, rigid și, în unele cazuri, chiar absurd.

Conduita verbală a debilului mintal se centrează, de obicei, în jurul unui singur element, care nu este cel mai important, dar la care s-a referit prima dată, în timpul narațiunii, și persistă în continuare pe acesta.

Acest fenomen de perseverare verbală este caracteristic pentru structurile operative incoerente ale gândirii. Prezența fixației ideative rezultă din caracterul descriptiv, axat pe un model nesemnificativ și neesențial. Atunci când pe fondul debilității mintale se manifestă și tulburări de limbaj, ele contribuie la accentuarea caracterului aleatoriu al celor exprimate, se manifestă lacune de idei și incoerență în desfășurarea conduitei verbale. În genere, tulburările de limbaj modifică conduita verbală nu numai pe fondul structurilor psihice deficitare, dar și la subiecți cu intelect normal dezvoltat. Modificările respective nu sunt atât de profunde, nu numai din cauza intelectului normal, dar și pentru faptul că determinările deficiențelor de limbaj sunt specifice de la o categorie de subiecți la alta. Pe de altă parte, manifestările vorbirii tulburate nu sunt nici ele identice la subiecții debili și la cei normal dezvoltati. La debili mintal, ele sunt mai rebele și mai labile, ceea ce influențează negativ asupra timpului necesar

cauza conștientizării handicapurilor de limbaj, are loc o creștere a tensiunii psihice, o încordare stresantă care tulbură desfășurarea conduitei verbale. Debili mintal, fie că nu acordă o importanță prea mare acestor handicapuri, fie că lentoarea în exprimarea ideilor implică folosirea unor cuvinte, noțiuni mai puțin pretențioase, fapt pentru care handicapul apare mai puțin accentuat. În majoritatea cazurilor, tulburările de limbaj amplifică și accentuează starea de iritare, de irascibilitate, ceea ce duce la manifestarea unei conduite verbale sub posibilitățile psihice ale subiectului.

Conduita verbală a handicapatilor de limbaj se manifestă prin mai puține nuanțări în relatare, folosirea mai frecventă a gesturilor, a mimicii și a pantomimicii, pentru a se face mai bine înțeleși de interlocutor.

Așa cum se poate constata din cele două tabele, timpul utilizat în relatarea verbală este diferit de la un lot la altul. Debili mintal folosesc un timp mult mai scurt față de lotul cu intelect normal. Aceasta se explică prin faptul că subiecții cu intelect normal dezvoltat sunt preocupați de calitatea relatării, folosesc un vocabular mai bogat și mai nuanțat, vorbirea este mai explicită și conține o mai mare bogăție de informații. Debili mintal întâmpină dificultăți în formularea logică a propozițiilor și frazelor, folosesc o vorbire lacunară, cu elemente reduse. Dacă nu sunt diferențe însemnate între timpul utilizat de copiii debili mintal din clasa a III-a față de cei din clasele a V-a și a VII-a, la subiecții cu intelect normal apar diferențe semnificative. Copiii din clasele mai mari au nevoie de un interval de timp mai mare, deoarece conduita verbală este mai bogată și mai complexă. La ei se manifestă și o creștere a exigenței, atât față de conținutul celor exprimate, cât și față de modul în care sunt redată, față de calitatea exprimării, fluenta, debitul și coerența vorbirii. Conduita verbală exprimă trăirile noastre afectiv-emoționale, volitionale, motivaționale sau într-o exprimare sintetică, starea noastră sufletească la un moment dat. Comparativ cu alte forme de comportament uman, conduita verbală este supusă unui control riguros al conștiinței. Aceasta cu atât mai mult cu cât conduita verbală reflectă, implicit sau explicit, dinamica dezvoltării psihice a omului, nivelul său de cultură și educație, gradul de înțelegere și caracteristicile proceselor de cunoaștere. Conduita verbală pune în evidență particularități ale personalității, ale intereselor și intențiilor,

ale atitudinii față de situația relatată, ale simpatiei și antipatiei, ale simțămintelor față de ceea ce se vorbește și față de interlocutor.

Conduita verbală este influențată de mediul social în care trăiește și se dezvoltă omul. Ea diferă de la o perioadă la alta, fiind în funcție de natura solicitării, de gradul de participare a subiectului, de importanța ce i se acordă conținutului și formei comunicării, de contextul social în care se desfășoară. Ambianța, mediul în care se manifestă conduita verbală, pot exercita o influență stimulatorie sau inhibitorie, pot determina amplificarea sau reducerea relatării și, în final, accentuează efortul, mai mic sau mai mare al vorbitorului pentru exprimarea unui conținut bogat de idei, iar în ceea ce privește auditorul, contribuie la o mai bună înțelegere și stocare de informații.

Un alt factor important în determinarea conduitei verbale îl constituie predispozițiile individuale, aptitudinile pentru limbaj, care diferențiază efectele procesului educativ și ale experienței de viață. Diferențele individuale notabile din perioada copilăriei păstrează o serie de caracteristici specifice, ce se mențin și la vârstele adulte. Normalitatea sau deteriorarea limbajului imprimă conduitei verbale un anumit curs, care poate fi temporar sau care lasă urme pentru întreaga viață. În situația de deteriorare gravă a limbajului, chiar subiecții cu intelect normal ajung la o conduită verbală caracterizată printr-o relativă simplitate și uniformitate.

Într-un alt experiment efectuat (E. Verza, 1973) pe trei loturi de copii (cu intelect normal, dar fără tulburări de limbaj, cu intelect normal și cu tulburări de limbaj și un lot de debili mintal), la care am aplicat un set de probe de inteligență și un alt set pentru limbaj, a rezultat o dispersie a performanțelor realizate de fiecare lot de subiecți. Reprezentând grafic rezultatele obținute, pe bază de medie, la probele de inteligență (fig. 1) și la probele de limbaj (fig. 2) se poate efectua o analiză comparativă pentru cele trei loturi.

Diferențele semnificative de nivel (reprezentate pe axa orizontală) pot fi evidențiate atât la probele de inteligență, cât și la cele de limbaj. Dacă la probele de inteligență, curbele loturilor de subiecți cu intelect normal dezvoltat se suprapun, relativ, pe aproape întregul domeniu de variație, la probele de limbaj, suprapunerile au loc numai pe extremități (performanțe minime și maxime) și au un caracter nesemnificativ. La subiecții cu debilitate mintală, diagrama variației performanțelor se plasează spre limita performanțelor inferioare, atât la limbaj, cât și la inteligență.

Dispersia performanțelor înregistrate denotă ca la subiecții handicapați mintal are loc o concentrație în jurul valorii medii, mai accentuată decât la ceilalți. Diagrama la probele de inteligență descrește relativ lent, iar la probele de limbaj descrește brusc, ceea ce indică diferențe de omogenitate a lotului și faptul că această categorie de subiecți obțin rezultate mai bune la limbaj și mai slabe la inteligență. De aici, concluzia că limbajul se supune mai facil influențelor educative față de inteligență și, ca atare, se poate ajunge la o conduită verbală ce permite relaționarea relativă cu mediul înconjurător.

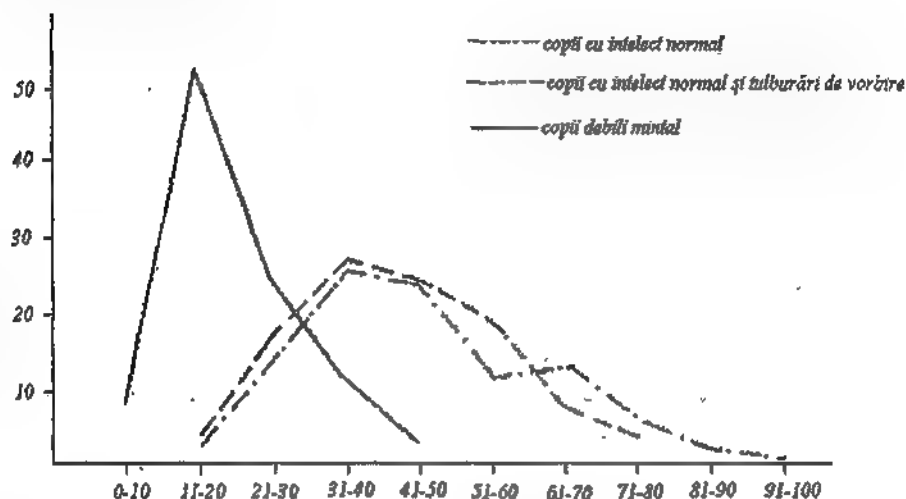


Fig. 1.

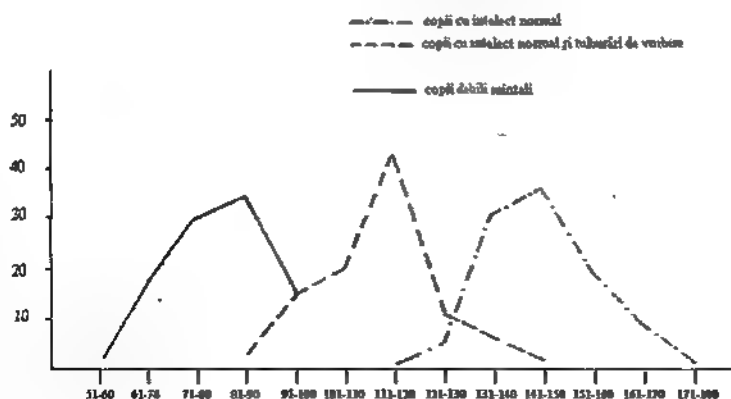


Fig. 2.

La subiecții cu intelect normal apar diferențe semnificative la probele de limbaj. Performanțele medii pe care le ating mulți handicapați de limbaj sunt mai mici; rezultă o omogenitate diferită a lotului respectiv, cât și o abatere mai pronunțată de la forma ideală a curbei lui Gauss. În cazul probelor de inteligență, cele două loturi de subiecți cu intelect normal realizează performanțe relativ asemănătoare.

Diferențe în conduita verbală apar și în funcție de caracteristicile sexului. De altfel, relațiile ocupaționale și influențele educative acționează în mod diferit asupra oamenilor, în funcție de sex și, prin aceasta, se imprimă un anumit stil conduitei verbale. O asemenea analiză apare sporadic în literatura psihologică

În experimentul amintit, am constatat că, la fete, în desfășurarea conduitei verbale, apare un număr mai mare de cuvinte față de conduita verbală a băieților, într-o situație identică; aceeași caracteristică se menține și în cazul lotului de subiecți cu intelect normal dezvoltat, dar cu tulburări de vorbire. În schimb, la lotul de subiecți handicapați de intelect, situația se inversează: băieții utilizează un număr mai mare de cuvinte în comparație cu fetele (fig. 3). Aceasta se poate explica pe baza structurii morfo-funcționale a loturilor studiate, care, pe de o parte, determină diferențe în acumularea de cunoștințe, iar pe de altă parte, diferențe în receptarea procesului instructiv-educativ.

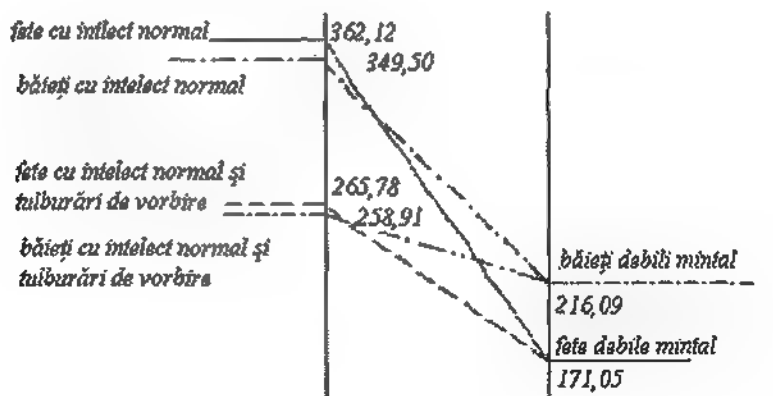


Fig. 3.

Și în acest caz, se poate constata rolul negativ exercitat de handicapurile de limbaj asupra capacităților de acumulare și manifestare a conduitei verbale.

Desigur, și vârsta subiecților cuprinși în experimentul nostru favorizează fetele, deoarece în această etapă de dezvoltare ontogenetică sexul feminin manifestă aptitudini mai accentuate pentru limbaj. Și în activitățile ludice sau de clasă, am putut constata o mai mare vioiciune a fetelor în vorbire și o utilizare mai facilă a expresiilor verbale.

Dacă analizăm performanțele de ansamblu ale limbajului realizate de subiecți, în raport de sex, constatăm o situație identică (fig. 4). În schimb, nu se pot semnala diferențe semnificative între fete și băieți, dacă luăm în considerare calitatea relatărilor verbale, alcătuirea lor inteligibilă, logică. Această calitate se corelează cu nivelul de dezvoltare psihică și de limbaj a subiecților, cu experiența și vârsta lor.

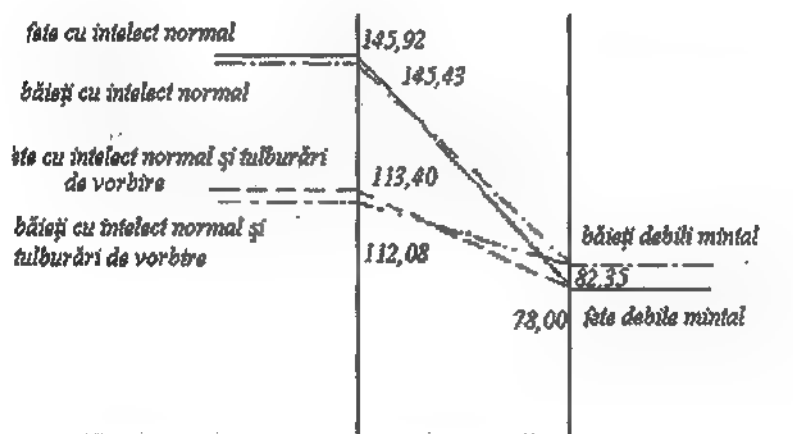


Fig. 4

Performanțele rezultate din aplicarea probelor de inteligență ne arată că băieții din loturile cuprinzând subiecți cu intelect normal dezvoltat au obținut rezultate mai bune față de cele ale fetelor din aceleași loturi, iar la debili mintal, fetele au performanțe mai mari față de băieți (fig. 5).

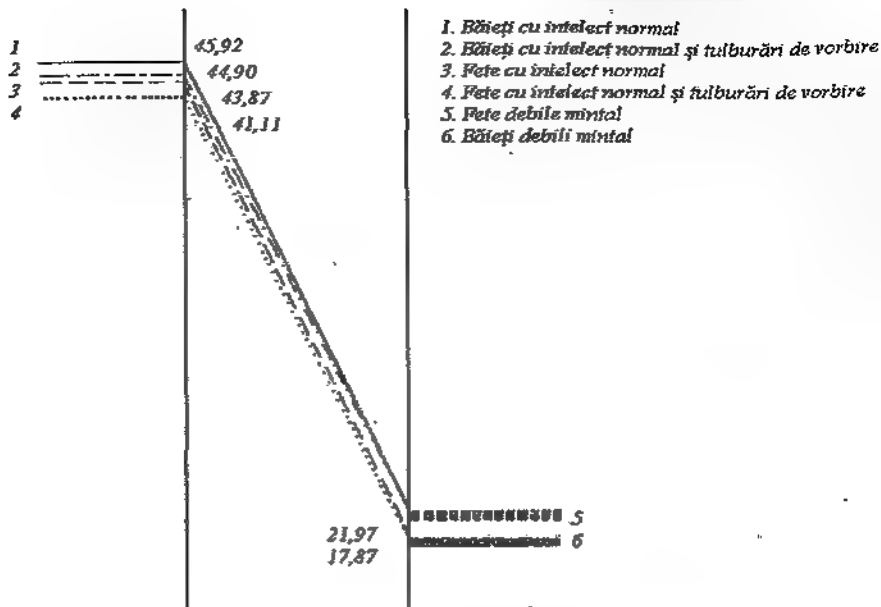


Fig. 5.

Din punct de vedere psihopedagogic, aceste aspecte au importanță pentru diferențierea metodelor și procedeele în procesul instructiv-educativ, pe de o parte, iar pe de altă parte, teoria dezvoltării psihice, în general, și teoria limbajului în special se bazează pe studierea diferențială psihoindividuală, în vederea formării și dezvoltării unei conduite verbale calitativ superioare.

Studierea conduitei verbale are importanță pentru înțelegerea modalităților de structurare și prefigurare a personalității. Dar, pe măsura dezvoltării personalității, conduita verbală devine mai matură, mai complexă și poartă semnificații multiple. Perioada copilăriei constituie un exemplu în această privință, ca și în dezvoltarea întregii activități psihice. Nu există forme de comportament uman care să se realizeze la nivelul calitativ al conduitei verbale, să aibă atât de multiple semnificații de cultură și cunoaștere, de înțelegere și exprimare, de încărcătură afectivă și de motivație diversă. Tocmai aceasta accentuează rolul coordonator și determinant al conștiinței în desfășurarea conduitei verbale, dar care este influențată de rezultatele la care ajunge conduita verbală.

În reglarea conduitei verbale, un rol deosebit de important îl are latura calitativă a informației, atât din punct de vedere semantic,

cât și pragmatic. Se poate spune că valoarea capacității rezolutiv-reglatorie a conduitei verbale este cu atât mai ridicată cu cât în ea se concentrează o cantitate mai mare și cu cât în ea se concentrează o cantitate semantică și pragmatică de informație mai importantă. „Îmbinarea celor două laturi (semantică și pragmatică – nn.) determină valoarea instrumentală reală a ceea ce numim, în mod curent, sistem de cunoștințe. O cunoștință este cu atât mai validă și mai eficientă, cu cât ea mediază un volum mai mare de operații de reglare”(M. Golu, 1975, p.290).

De altfel, rolul cel mai important în reglarea comportamentului uman, în general, îi revine controlului voluntar, activat și motivat, care se folosește de semnalele verbale. Cuvântul, cu întreaga sa încărcătură semantică și pragmatică, devine instrumentul de bază în reglarea finală a comportamentului. A.R.Luria și colaboratorii săi (1962) au demonstrat că finalizarea comportamentului mintal și motor este în funcție de nivelul de activare a comenzilor verbale. Studiind diferite cazuri patologice, ca de pildă sindromul cerebro-astenic și parkinsonismul, a constatat că prin însăși reducerea parțială a funcțiilor aparatului articulator, atunci când are loc o întărire sau autoîntărire verbală, se poate ajunge la o ameliorare a dinamicii executorii a verigilor eferente, finale. Prin perturbarea funcțiilor aparatului articular (așa cum se întâmplă în dislalia mecanică) nu numai că se determină dereglări în recepția limbajului, dar pot avea loc perturbări și la nivelul unor acte înalt automatizate, cum ar fi calculul elementar, scris-cititul și executarea unor operații de analiză și sinteză. Aceasta cu atât mai mult cu cât subiectul se concentrează asupra unor verigi executive de modelare și executare a actului final al conduitei verbale și nu asupra a ceea ce se petrece în planul intern al desfășurării și codificării conținutului informațional.

Pe baza feed-back-ului secvențial, are loc o evaluare a rezultatelor parțiale ale conduitei verbale, iar datorită feed-back-ului global, ele sunt integrate în schema bloc de execuție și se evaluează efectul final, valoarea și eficiența stabilite inițial. În funcție de această eficiență, conduita verbală este supusă unui proces de analiză din partea conștiinței și, ca urmare, este acceptată, respinsă sau corectată. Efectul final pozitiv sau negativ al conduitei verbale influențează personalitatea și viitoarele sancționări din partea conștiinței. Astfel, se ajunge la elaborarea feed-back-ului în reglarea conduitei verbale.

Capitolul III

MECANISMELE NEUROFIZIOLOGICE ȘI PSIHOLOGICE ALE LIMBAJULUI

Elucidarea mecanismelor neurofiziologice și psihologice ale limbajului a constituit una dintre cele mai intense preocupări din partea specialiștilor. Dacă până nu demult materialul factual, adunat în urma unor experimente și observații, părea că este suficient pentru aprecierea complexității producerii și înțelegerii fenomenului limbaj, din punct de vedere neurofiziologic, cercetările recente au scos la iveală noi date care aruncă o oarecare nedumerire asupra rolului jucat de elementele implicate în organizarea și manifestarea limbajului. Odată cu acumularea unor informații, problema nu mai pare atât de simplă. Există, totuși, un mare avantaj, și anume, faptul că literatura de specialitate s-a îmbogățit, pe de o parte, prin intermediul datelor clinice, iar pe de altă parte, prin perfecționarea aparaturii de investigație, ceea ce a deschis calea stimulărilor electrice nemijlocite ale creierului; numai că, din punct de vedere psihologic, rămâne încă un câmp deschis noilor investigații, menite să precizeze cu mai mare exactitate constituirea și dezvoltarea limbajului în contextul comunicării totale și al evoluției psihice generale a omului.

Nu se poate minimaliza importanța abordării tuturor elementelor de neurofiziologie a limbajului, dar referirile, în principal, vor fi axate pe acele caracteristici ce sunt necesare pentru înțelegerea actului de emisie și percepere verbală. Aceasta, pentru a înțelege mai bine etiologia, mecanismele interne și manifestarea tulburărilor vorbirii orale. Apoi, vom insista pe mecanismele producerii și desfășurării actului grafo-lexic în dimensionarea formelor de limbaj.

În comunicarea verbală (orală) sunt implicate o serie de sisteme aferente și eferente. Activitatea acestora se desfășoară în mod unitar, în cazurile normale, și asigură, în același timp, emisiunea și recepționarea vorbirii.

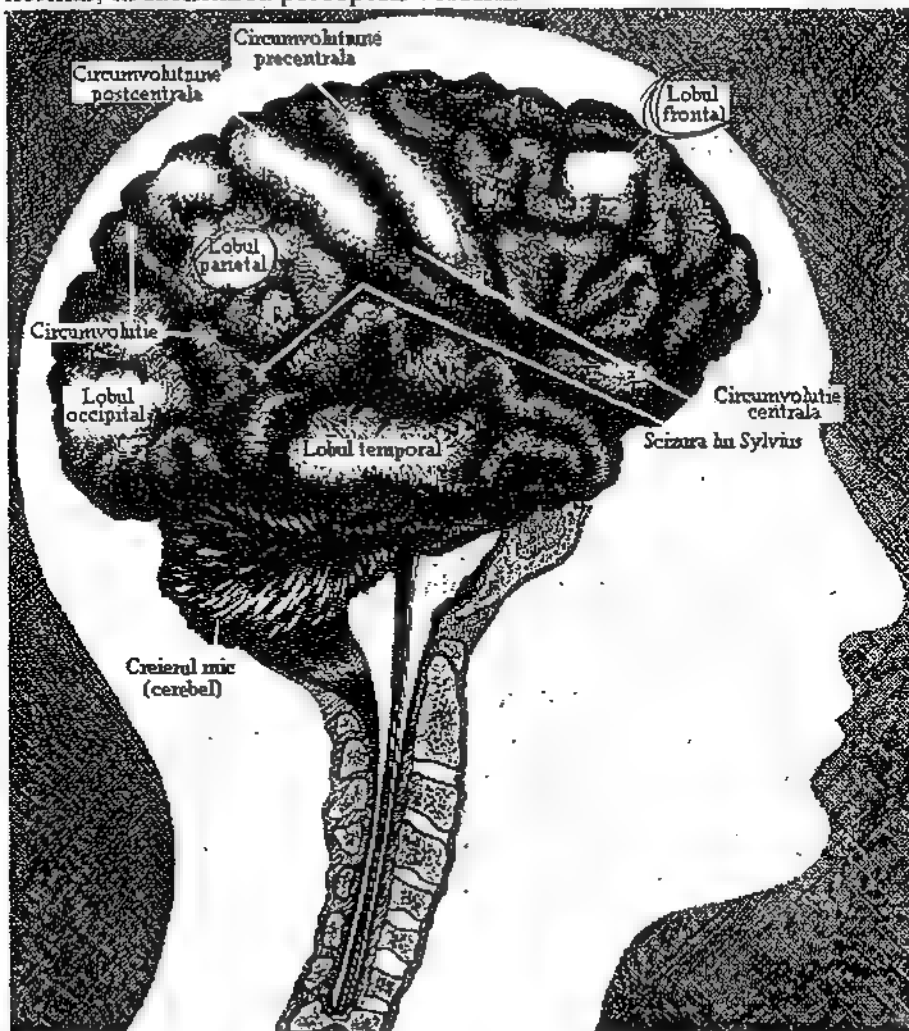
Sistemele aferente și eferente presupun existența unor receptoare și efectoare, ca organe de recepție și execuție ale actului de comunicare.

Sistemul aferent este format din analizatorul auditiv, care joacă rolul predominant, la omul normal, în recepția vorbirii, analizatorul vizual, care are un rol predominant la surzi, analizatorul tactil cu un rol predominant în perceperea limbajului scris, la nevăzători, și analizatorul kinestezic, cu importanță atât în emitere, cât și în scriere. Sistemul eferent este alcătuit din elementele motrice care pun în funcțiune aparatul de emisie nu numai pentru vorbirea sonoră, dar și pentru vorbirea interioară (limbajul intern). În același timp, elementele motrice asigură funcționarea mâinii în actul de scriere și de comunicare printr-o serie de mijloace ajutătoare: gest, desen etc.

Admițând funcționalitatea unitară și simultană a aparatelor periferice de emitere și recepție în producerea și perceperea limbajului oral și scris, trebuie să avem perspectiva coordonării lor de către etajele nervoase superioare, corticale, prin intermediul celor subcorticale. Numai astfel se poate înțelege rolul fundamental jucat de „acceptorul acțiunii” și aferența inversă, în desfășurarea activității coordonate și sincronice a aparatelor periferice, evidențiat, de altfel, și în imaginea ce urmează.

Din punct de vedere morfo-funcțional, aparatul periferic al producerii vorbirii sonore este format din cavitatea bucală, în componența căreia intră limba, buzele, bolta palatină și arcadele dentare. În fonație, un rol important îl joacă și faringele, laringele, nasul și traheea. Aceste componente îndeplinesc și funcții organice (degluțiția, respirația etc.), senzoriale sau instinctuale (emoțiile). Sistemul periferic al recepției vorbirii este constituit din aparatul auditiv, format din urechea propriu-zisă, căile de conducere a impulsurilor auditive și centrii auditivi din cortex; aparatul vizual și aparatul tactil, ultimele două având un rol însemnat în cazurile de

- deficiențe senzoriale, dar participă - în bună măsură - și la omul normal, în facilitarea percepției vorbirii.



Aparatul periferic al vorbirii sonore este format din trei componente: *energetic, generator și rezonator* (N. I. Jinkin).

Pentru sonorizarea vocii și perceperea intensității ei este nevoie de o anumită energie a aerului expulzat din plămâni. Din plămâni, aerul trece prin trahee, prin cavitatea nazală și cea bucală, iar în ceea ce privește viteza și fluxul aerului își au rolul lor și mușchii abdominali, mușchii intercostali, mușchii netezi ai arborelui traheo-bronhial, cât și diafragma. Este de remarcă faptul că vorbirea sonoră normală are loc numai în timpul expirației, pe când în cazurile de

bâlbâială sau de dislalie gravă, handicapatul se poticnește prin emisii vocale și în timpul inspirației, ceea ce contribuie la accentuarea dificultății. Laringele și coardele vocale, pe de o parte, limba, buzele, arcadele dentare, bolta palatină, pe de altă parte, formează componenta generatoare, iar cavitatea toracică, gura, faringele cu ramificațiile sale (laringofaringele, orofaringele), cât și cavitatea nazală și nazofaringiană alcătuiesc componenta rezonatoare.

Anomaliile organelor periferice de emisie a vorbirii pot provoca dislalii mecanice accentuate, care fac imposibilă vorbirea sonoră. Rinolaliile frecvente, ca urmare a malformațiilor congenitale labio-maxilo-palatine (așa cum vom vedea), exercită un rol negativ nu numai asupra vorbirii, dar și asupra dezvoltării psihice în genere și a formării personalității. În cazul anomaliilor organului auditiv, perceperea vorbirii se realizează, în principal, pe baza labiolecturii, când analizatorul vizual joacă un rol fundamental.

Atât pentru producerea vorbirii, cât și pentru recepția ei este nevoie de integritatea funcțiilor creierului, care coordonează, analizează și emite conținutul limbajului. Activitatea de vorbire se realizează sub influența impulsului efector ce ia naștere ca urmare a stimulărilor neuronilor motori de către impulsurile aferente. La desfășurarea normală a vorbirii participă o serie de centri nervoși, situați pe tot traiectul encefalului și care pun în mișcare, pe baza impulsurilor, musculatura organului fono-articulator. Rolul hotărâtor în activitatea psihică superioară îl are scoarța cerebrală. În activitatea de limbaj, scoarța cerebrală participă prin centrele situate în lobii parietal și frontal (fig. 6a. și 6b.).

X Încă din 1861, Broca a demonstrat, pe baza studierii unui pacient în vârstă de 51 de ani, care își pierduse funcția limbajului și care suferea de afazie motorie, că sediul leziunii se află în a treia circumvoluție frontală stângă. Bolnavul respectiv înțelegea vorbirea, dar nu putea pronunța decât o singură silabă pe care o repeta de câteva ori. După studierea unui alt subiect, emite ipoteza că nu numai vorbirea este tulburată, dar și memoria voluntară necesară mișcărilor în articularea cuvintelor. Înainte de Broca, Gall localiza limbajul în zona frontală, iar Buoilland a observat că în afazie se păstrează mișcările automate și voluntare ale limbii. Wernicke, în 1874, arată că afazia senzorială este consecința lezării primei circumvoluții temporale din emisfera stângă. Aceste date pledează în favoarea localizaționismului, însă ele sunt importante pentru faptul că

subliniază legătura dintre fiziologie și psihologie, dintre creier și psihic.

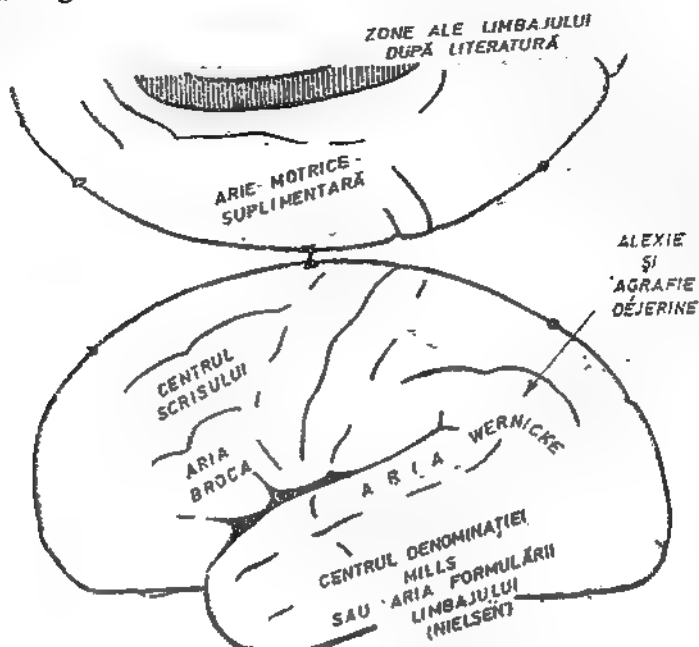


Fig. 6a.

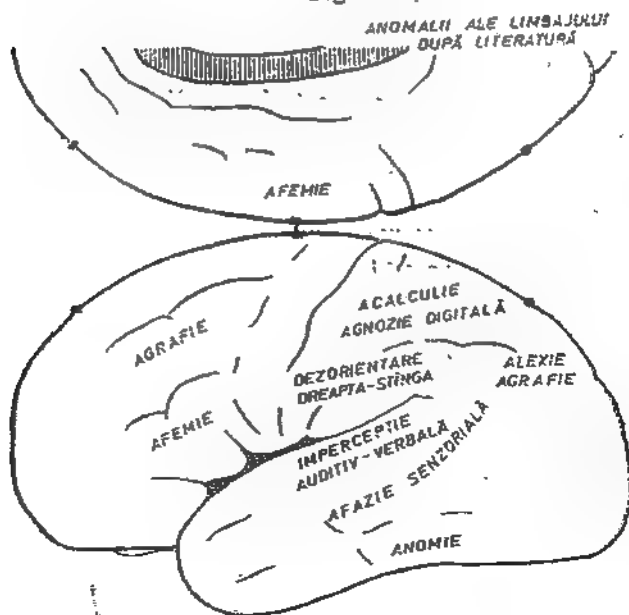


Fig. 6b.

Fig. 6a, 6b. Rezumatul celor mai importante arii ale limbajului descrise în literatură (după W. Penfield și Roberts)

În anul 1883, Charcot prezintă cazuri de afazie, în care este conservată a treia circumvoluție frontală stângă. Datele lui Charcot sunt însă puse la îndoială, deoarece se pare că în afazie pot avea loc și leziuni subcorticale. X

Cercetările moderne demonstrează că limbajul are o localizare dinamică, ceea ce înseamnă că la producerea lui participă o arie vastă de zone și că există posibilitatea ca unele funcții ale zonelor afectate să fie preluate de către zonele rămase sănătoase. În felul acesta, mecanismele neurofiziologice ale limbajului capătă o interpretare sistematică. Printre alții, Luria arată că, în funcție de gradul leziunilor cerebrale și întinderea lor, au loc perturbări ale diferitelor verigi ale activității de limbaj. Astfel, lezarea ariei posterioare superioare a temporalului stâng determină perturbări în discriminarea fonemelor și în auditiia verbală, provocând afazia acustico-agnostică. Când sunt lezate ariile temporo-occipitale și parieto-occipitale, este tulburată înțelegerea relațiilor logico-gramaticale și, ca atare, apare afazia semantică. Când este lezat lobul frontal, subiectul nu poate urmări vorbirea și nu poate diferenția și sintetiza cuvintele, ca purtătoare de sens, în cadrul unui context. Frecvente fenomene caracteristice tulburărilor de pronunție apar atunci când are loc afectarea ariilor post-centrale din emisfera stângă. Observațiile lui Luria, pe cazurile traumatizate în zona frontală, confirmă apariția afaziei dinamice, care constă în faptul că individul nu putea vorbi urmărind o temă dinainte elaborată. Un asemenea caz nu poate încheia frazele, și din cauza tulburării funcției predicative a limbajului.

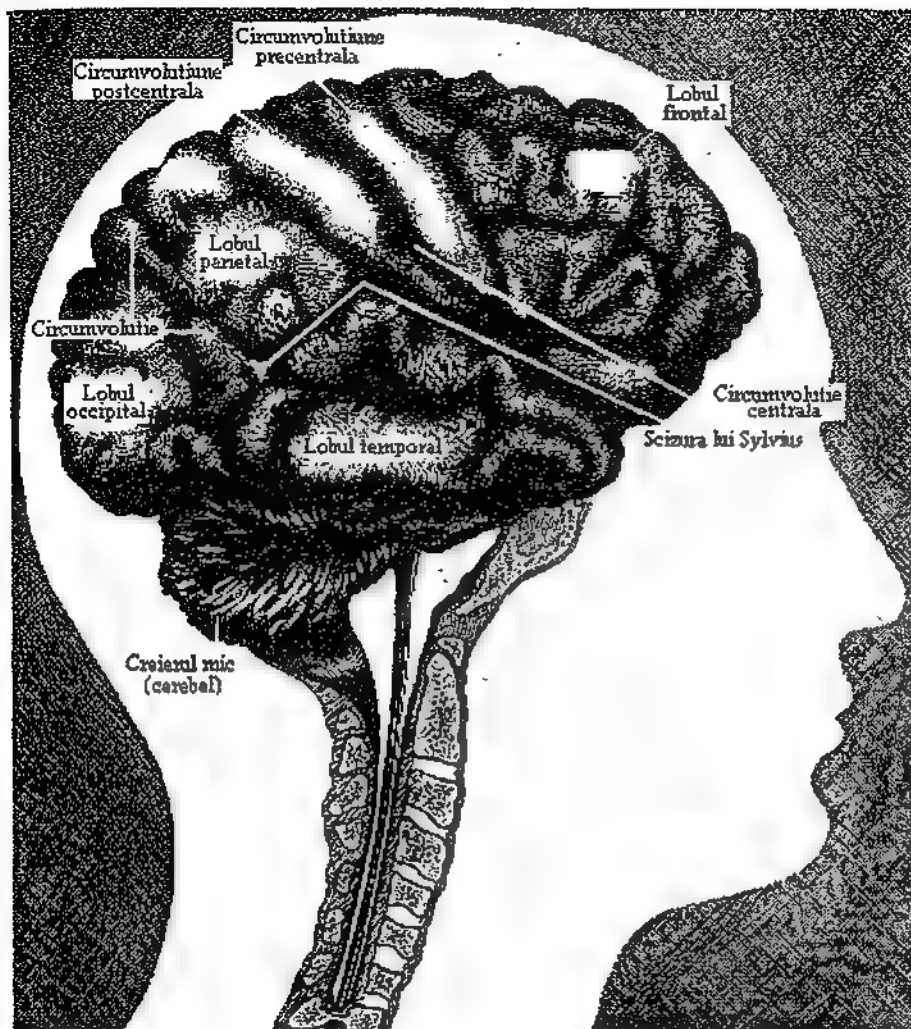
Atunci când propria voce este auzită de către vorbitor cu o oarecare întârziere, așa cum a fost provocat acest fapt în mod experimental de către Lee (1950) și Fairbanks (1955), s-a constatat scăderea sau creșterea anormală a intensității vocii, tulburări în pronunția și articularea fonemelor, apariția disritmiilor și a tulburărilor de cadență prin inhibarea vorbirii. Ca atare, feed-back-ul auditiv, care intervine în reglajul vorbirii, nu funcționează normal, iar funcția de control și de modelare a manifestărilor vocale nu poate fi îndeplinită.

În realizarea limbajului participă zone speciale ale cortexului care, pe baza datelor citoarhitectonice, la majoritatea oamenilor sunt localizate în emisfera stângă. Lateralizarea funcțiilor psihice, și deci și

a limbajului, este unul din principiile organizării neurofiziologice. Una din emisferele cerebrale domină în efectuarea și reglarea unor acte comportamentale. „Lateralizarea” poate fi considerată ca un rezultat al evoluției filogenetice a sistemului nervos. „Necesitatea obiectivă a sporirii coeficientului de stabilitate a organismului, determinată de complexitatea și variabilitatea mereu crescânde ale condițiilor de mediu, pe lângă perfecționarea morfologică și structurală, a determinat și procesul de „dublare” a formațiunilor nervoase. Expresia cea mai înaltă a acestui proces se pare că a fost atinsă la om. Cercetările neurofiziologice, psihologice și clinice au permis acumularea unui bogat material factual, care atestă ipoteza potrivit căreia cele două emisfere cerebrale, în ciuda simetriei lor morfologice, din punct de vedere funcțional, nu sunt echivalente.” (M. Golu, E. Verza, 1970, pag. 155).

Dominarea uneia din emisferele cerebrale este în funcție și de relația dintre sistemele aferente și eferente specifice fiecărui individ. Limbajul, ca una din funcțiile puternic localizate, are totuși un câmp vast de proiecție în cortex.

În ontogeneză, are loc o maturizare progresivă și inegală a zonelor corticale și a conexiunilor respective. La început, se dezvoltă și se integrează straturile superficiale I și II din scoarța cerebrală. Dacă ne referim la cele două emisfere, trebuie să arătăm că în emisfera stângă, acestea sunt concentrate și delimitate relativ, iar în cea dreaptă sunt difuze. Organizarea acestor straturi din emisfera dreaptă se încheie mai repede decât a celor din emisfera stângă. Dar maturizarea zonelor de recepție din emisfera stângă duce la modificarea raportului de dominanță. Astfel, se poate explica, cu timpul, trecerea preferinței unor acte comportamentale de la emisfera dreaptă spre cea stângă și modificarea raportului de lateralizare. Pe de altă parte, dominanța emisferei stângi poate fi explicată și prin faptul că, pe măsură ce copilul crește, este solicitat tot mai mult la efectuarea unor acțiuni de muncă și de ocupație care reclamă preferința manuală dreaptă, ceea ce face să se schimbe eventuala dominanță din emisfera dreaptă spre cea stângă. Dar și dezvoltarea limbajului, în special a celui scris (după vârsta de 6 ani), când este solicitată mâna dreaptă în mod expres, contribuie la accentuarea dominanței emisferei stângi (vezi imaginea următoare).



Reglarea mișcărilor organelor periferice ale vorbirii se realizează în funcție de impulsurile primite de centrii nervoși din cortex, pe calea aferenței inverse, și care transportă informații despre modul cum s-au realizat mișcărilor necesare la nivelul periferic. Impulsurile nervoase, care constituie aferența inversă, circulă în primul rând pe cale auditivă. Atunci când mișcărilor organului periferic nu sunt conforme cu comanda dată de centrul din cortex, se retrimite o nouă comandă pentru corectarea acestora.

Producerea limbajului nu se poate realiza, în condiții normale, în afara recepției vorbirii. Prin intermediul auzului, se realizează analiza și sinteza vorbirii orale: intensitatea, frecvența, succesiunea

sunetelor și a cuvintelor și apoi, integrarea acestora în configurații fonetice unitare. Operațiile amintite se elaborează și se dezvoltă în cursul dezvoltării ontogenetice. Dezvoltarea unor modele nervoase fundamentale, importante în recepția acustică a limbajului și în perfecționarea auzului fonematic contribuie la întregirea percepției auditive și la încadrarea informațiilor primite în schemele informaționale formate.

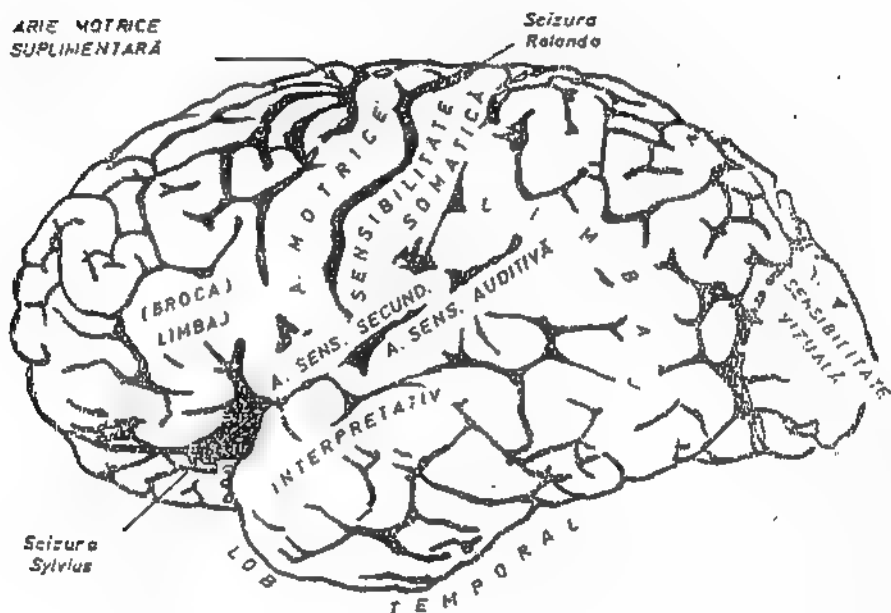


Fig. 7 a Emisfera stângă a creierului uman (M. Penfield și L. Roberts)

Pentru perceperea vorbirii și a informațiilor conținute, cuvintele trebuie să aibă o anumită intensitate, peste valoarea de prag a analizatorului auditiv și să poată fi diferențiate față de zgomotele de fond. Intensitatea diferitelor sunete din cadrul cuvintelor nu este uniformă, fenomenul fiind dependent de frecvența sunetelor în cuvinte. Astfel, în majoritatea situațiilor, vocalele au o intensitate mai mare decât consoanele.

Un alt factor important în percepția vorbirii este acela al compoziției spectrale și care se poate raporta, de asemenea, tot la frecvența și relația dintre diferitele sunete ce alcătuiesc cuvintele. De pildă, vocalele au un spectru de frecvență înalt, consoanele deschise au un spectru de frecvență medie, iar consoanele închise (în special guturalele – h, g,) au un spectru de frecvență scăzut. Datorită acestor caracteristici, se poate aprecia că unele cuvinte sunt „înalte”, altele „medii”, iar altele „joase”. În funcție de aceste caracteristici, cuvintele respective comportă o serie de particularități în procesul identificării și al diferențierii. Este știut că toate cuvintele înalte se percep mai ușor decât cele joase.

În fine, ultimul factor important în percepția auditivă îl constituie coeficientul de descifrabilitate, el semnificând rezistența percepției auditive la influențele care o pot deranja (M. Golu, 1975, pag. 243-244).

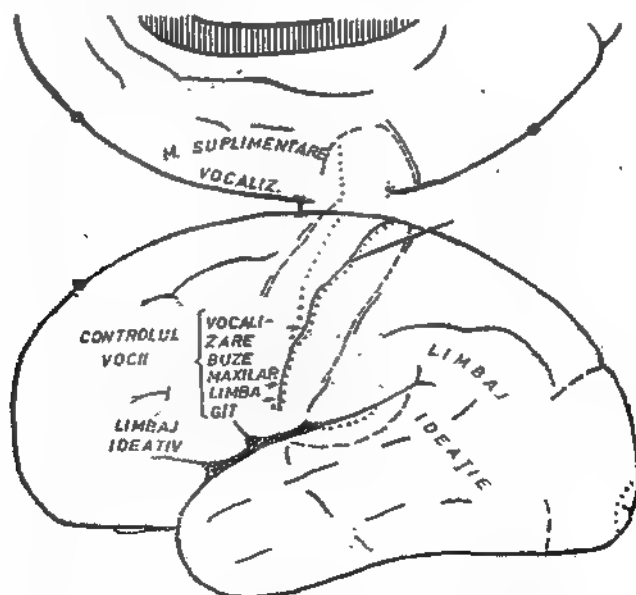


Fig. 7 d. Mecanismele limbajului în emisfera dominantă (după W. Penfield și L. Roberts)

Datorită capacității de integrare și compensare a structurilor nervoase, percepția auditivă este capabilă să reziste la influențele perturbatoare. În comunicarea verbală, în percepția auditivă nu se

recepționează fiecare sunet în parte, ci structurile fonematice ale cuvintelor și propozițiilor unitare. Chiar în cazul unor perturbații la nivelul pronunției, percepția vorbirii nu se perturbă din cauză că individul are elaborate anumite deprinderi în vederea perceperii închegate a vorbirii. Firește, în anumite situații de dislalie gravă, la nivelul percepției au loc perturbații care fac ca auditorul să nu mai poată identifica, diferenția și integra unitățile fonetice în toturi închegate, purtătoare de semnificație.

Percepția vizuală joacă un rol hotărâtor în limbajul scris și citit. Prin intermediul ei, are loc diferențierea și identificarea semnelor grafice și, totodată, stabilirea de legături între aceste semne și elementele sonore ale vorbirii orale. La fel ca și percepția auditivă a vorbirii sonore, percepția vizuală, care intervine în citirea textelor, asigură diferențierea și integrarea unităților lexicale în propoziții și fraze. La nevăzători, în citirea și scrierea textelor, în locul percepției vizuale, intervine percepția tactilă, pentru care aceștia își dezvoltă mecanisme speciale de identificare, diferențiere și integrare a elementelor lexicale.

În procesul învățării vorbirii sonore și a scris-cititului, la omul normal are loc o permanentă raportare a imaginii auditive la imaginea vizuală și invers, iar la nevăzător, o raportare a imaginii auditive la imaginea tactilă și invers.

La surdomut, în cursul demutizării, imaginea vizuală suplinește percepția auditivă și, pe baza ei, cuvântul este asociat cu imagini ale semnificațiilor. Dar, ca urmare a lipsei percepției auditive, între semnificant și semnificație nu se poate realiza o diferențiere decât în timp, odată cu evoluția intelectuală a deficientului senzorial.

În condiții normale, pentru înțelegerea vorbirii, este nevoie, ca pe lângă caracteristicile fizice enunțate mai sus, să existe o anumită încărcătură informațională semantică. O informație dată va fi înțeleasă și prelucrată în mod diferit de subiecți diferiți, dar diferit și la același subiect în anumite etape de dezvoltare. Desigur, dezvoltarea psihică și experiența acumulată au un rol deosebit de important în decodificarea și integrarea structurilor verbale în schemele elaborate ale subiectului. În funcție de înțelegerea limbajului, se estimează modalitățile comportamentale, care se manifestă printr-o serie de reacții de răspuns.

„Cercetările experimentale arată că diferitele structuri verbale – cuvinte, propoziții – posedă grade diferite de integrare semantică – informațională în „tezaurul individual”, putându-se delimita trei zone

7 mari: „zona comprehensiunii optime”, care include structurile verbale familiare, cel mai frecvent utilizate în comunicația cotidiană și care se referă la obiecte și fenomene din domeniul experienței comune; același grad îl ating și structurile verbale „profesionale”, la grupurile corespunzătoare de subiecți; urmează, apoi, zona „integrării semantice medii”, care include structurile verbale cu un conținut abstract și mai puțin familiare; în fine, cea de-a treia, va fi zona „comprehensiunii vagi”, care caracterizează cuvintele și enunțurile foarte puțin familiare sau „noi” (M. Golu, 1975, pag. 246). Desigur, între cele trei zone se stabilesc raporturi dinamice, și ele sunt în funcție de câțiva parametri mai importanți: dezvoltarea psihică generală, experiența de viață și cultură, vârste, ocupația și normalitatea limbajului.

8 În ontogeneză, elementele de recepție și înțelegere a vorbirii se dezvoltă înaintea capacității de a vorbi independent. Astfel, se produce, de la început, un decalaj între capacitatea de percepere a vorbirii și posibilitățile de emiteră sonoră independentă. Acest aspect poate fi mai bine explicat, dacă avem în vedere o serie de cuvinte existente în vocabularul fiecărui om și care pot fi înțelese, dar nu sunt vehiculate în mod curent, ele intrând în componența „vocabularului pasiv”, față de cuvintele folosite în mod frecvent, cu înțeles mai complex și care intră în alcătuirea „vocabularului activ”. Dar situația nu rămâne neschimbată, ci dimpotrivă, în măsura în care omul își îmbogățește nivelul de cultură, apar fenomene de transfer de la nivelul pasiv la cel activ; acum utilizarea cuvintelor respective și acordarea de sensuri multiple devine evidentă.

Literatura modernă de specialitate a acumulat un bogat material și despre modul cum se realizează componentele structurale ale limbii și limbajului. Pe baze observațiilor și înregistrărilor articulării diferitelor sunete, s-a ajuns la alcătuirea unor modele de emisie pentru categoriile fonetice respective. Psihologia este interesată în analiza unor aspecte fonetice, deoarece, așa cum arată G. Miller, fonemele sunt acte psihofiziologice care au un reglaj și o funcționalitate implicată în modalități de ordin psihic.

Câteva caracteristici specifice acestora ne pot ajuta, pe de o parte, la înțelegerea mecanismelor fiziologice ale producerii lor, iar pe de altă parte, cunoașterea acestor caracteristici este necesară în activitatea de corectare a tulburărilor de pronunție și de formare a vorbirii agreabile, fenomen tot mai mult solicitat, în zilele noastre, de către procesul instructiv-educativ.

Vocalele au caracteristici armonice, iar consoanele au, în conținutul lor, zgomote. O diferențiere netă, din acest punct de vedere, nu este însă posibilă. Al. Rosetti (1963), arată că vocalele se formează în laringe, iar consoanele în cavitatea bucală. Se constată diverse modalități de emiterie și participare a organelor periferice, specifice în pronunțarea anumitor sunete. Se disting patru categorii de sunete: vocale, consoane, lichide (care au caracteristici comune atât pentru vocale cât și pentru consoane) și globale (care nu sunt în totalitate nici vocale și nici consoane – așa cum este *h* aspirat). După Al. Graur, în limba română există 7 vocale și 40 de consoane, adică 47 de foneme. În urma analizei acustice a fonemelor, s-a constatat că vocalele au o frecvență mai mare decât consoanele, stabilindu-se că durata vocalelor este, de asemenea, mai mare decât a consoanelor. Datorită acestor caracteristici, vocalele pot fi mai bine percepute din punct de vedere auditiv. Ca atare, conținutul vocalic al cuvintelor este mai bine perceput în raport cu conținutul consonantic.

În limba română, vocalele au o frecvență relativ mare (circa 49%), ceea ce asigură o sonoritate și muzicalitate plăcută, dar, ca importanță, consoanele contribuie într-o mai mare măsură la descifrarea cuvintelor și a propozițiilor.

În emisiunea vocalelor, curentul de aer iese liber, fără a întâmpina vreo rezistență, iar în cazul consoanelor au loc închiderea și deschiderea bruscă a canalului de emisie. În literatura de specialitate se operează cu mai multe clasificări ale vocalelor și consoanelor, în funcție de o serie de criterii. Tocmai modul cum participă organele periferice în emisiunea fonemelor, constituie unul din criteriile clasificării. Astfel, după cum arată Al. Rosetti, vocalele pot fi clasificate în funcție de : 1) locul de articulație (și vom avea: anterioarele și prepalatalele *i, j, e*, medialele *î, ă*, și postpalatalele *u, o*, iar sunetul *a* este considerat ca fiind vocală neutră); 2) gradul lor de deschidere sau închidere (acestea sunt : deschise – *a*, semideschise – *o, e, ă*, și închise – *u, î, î*).

După același autor, consoanele se clasifică astfel:

- 1) După modul de articulare:
 - a) fricative (*v, z, f, j, s, ș, h*);
 - b) ocluzive (*b, c, d, g, p, t*);
 - c) semiocluzive sau africte (*ț – țer, ȝ – ȝer*);
 - d) laterale (*l*);
 - e) vibrante (*r*);

- 2) După modalitatea vibrațiilor laringiene:

- a) *sonore* (b, d, g, v, z, j, g);
- b) *surde* (p, t, c, f, s, ş, ţ, č, h).
- 3) După existența sau absența vibrațiilor nazale:
 - a) *nazale* (n, m);
 - b) *orale* (celelalte consoane).
- 4) După locul unde sunt articulate:
 - a) *bilabiale* (b, m, p);
 - b) *labio-dentale* (f, v);
 - c) *apico-dentale* (d, t, ţ, n);
 - d) *alveolare* (s, č, g,);
 - e) *dorso-palatale* (k – chin, g – ghem).
- 5) După locul în care limba stabilește un contact cu o anumită regiune din cavitatea bucală:
 - a) *antero-linguale* (d, n, t);
 - b) *medio-linguale, dorsale* (j, ş, č, g);
 - c) *postero-linguale* (c, g,)
- 6) După existența sau inexistența unui contact accesoriu între limbă și bolta palatină:
 - a) *dure* (m, n etc.);
 - b) *palatizate* (n' – bani, m').

Grupările fonetice formează silabele, care sunt unități ale pronunțării. În emiterea silabelor, participă, conjugat, cele trei sisteme: *generatoare, rezonatoare și energetice*. În funcționarea lor, se realizează o strânsă interdependență, pe baza unui autoreglaj unitar. Combinarea silabelor, după legile fonologiei, duce la alcătuirea cuvintelor. La rândul lor, cuvintele formează unități mai mari, numite sintagme. Cuvintele se încarcă cu noi semnificații și prin intermediul lor se reflectă mai nuanțat relațiile cauzale în cadrul propozițiilor și al frazelor. Conținutul informațiilor se încarcă cu noi semnificații pentru auditor, în funcție de context, când se pot anticipa cele ce urmează. Desigur, în cadrul contextului apare și o anumită redondanță, care prelungește conduita verbală, dar care contribuie, în același timp, la evitarea eventualelor erori. Ca sistem deschis cu autoreglare, limbajul se supune principiului perfecționării și echilibrării în funcție de starea internă a celui care comunică, dar și în funcție de locutor. Pe acest plan, are loc o continuă adaptare a individului în procesul de comunicare, cu efecte pozitive pentru dezvoltarea psihică și achiziționarea de cunoștințe.

Capitolul IV

DINAMISM ȘI RELAȚIE ÎN EVOLUȚIA LIMBAJULUI

1. *Dezvoltarea limbajului în contextul normalității umane*

Trebuie să reținem că, în ontogeneză, limbajul are un ritm deosebit de intens în dezvoltare și constituie cea mai spectaculoasă evoluție dintre toate funcțiile psihice. Dar diferențele individuale sunt foarte pregnante și depind atât de structura sistemului nervos și a aparatului fonoarticulator, cât și de condițiile social-culturale (atmosfera lingvistică) în care trăiește copilul. Fără îndoială, limbajul nu se dezvoltă izolat de celelalte funcții psihice, pentru că întreaga activitate psihică constituie un tot în cadrul interacțiunii individului cu mediul înconjurător. Progresele înregistrate, pe linia limbajului, contribuie la lărgirea experienței copilului și prin intermediul acestuia se stimulează dezvoltarea celorlalte procese psihice, odată cu restructurarea unor caracteristici specifice ale personalității și comportamentului. Pe acest plan, sunt etape, relativ distincte, ale dezvoltării limbajului ce se încadrează în sistemul unitar al evoluției psihice generale.

(0-36) Astfel, până la trei luni, emisiunile verbale ale copilului nu sunt diferențiate și ele sunt încadrate în activitatea motorie. Se constată că în ontogeneza timpurie, evoluția verbală este corelată cu dezvoltarea motricității, iar ulterior cu cea a psihomotricității.

Acesta este și motivul pentru care, în numeroase lucrări, se evidențiază faptul că după modul cum mănuiesc obiectele, după

precizia acțiunilor și a mișcărilor se pot face prognoze relativ valide cu privire la dezvoltarea și evoluția limbajului. Motricitatea, mai avansată, se însoțește cu un plan verbal mai variat și, în general, cu o dezvoltare a conduitelor acționale și verbale care permit o mai bună relaționare și integrare cu cei din jur. Chiar mersul unor copii înaintea altora este, adesea, asociat cu o mai dezvoltată capacitate de emisiuni verbale și este indiciul unei dezvoltări cantitative și calitative de perspectivă a limbajului. Statistic, s-a evidențiat și faptul că fetițele au un avans discret de dezvoltare față de băieți, atât pe linia dezvoltării motricității, cât și a vorbirii. Aceasta exprimă și existența unor diferențe legate de sex, ce pot fi mai mult sau mai puțin intense în unele perioade de vârstă pe care le traversează omul și care nu se referă numai la limbaj, ci și la alte funcții psihice (E. Verza, E.F. Verza, 2000).

Dezvoltarea psihomotorie este semnificativ intercondiționată cu dezvoltarea generală, din care motiv se investighează structurile motricității ca fiind reprezentative pentru situațiile adaptative generate. Totuși, se impune o precizare: să nu confundăm instabilitatea motorie a unor copii, cu dezvoltarea motricității pentru că prima se datorează, în principal, unor disarmonii la nivelul sistemului nervos central sau unei excitabilități excesive, pe când a doua este consecința unui avans în funcționarea lui echilibrată. Ca atare, instabilitatea motorie nu numai că nu corelează cu un avans în dezvoltarea comportamentelor verbale, dar, de cele mai multe ori, este însoțită de tulburări ale limbajului oral sau scris. Așadar, copiii cu o dezvoltare motrică mai avansată au și posibilități verbale mai accentuate. Și după trei luni, sunetele emise de copii sunt confuze, dar ele exprimă, din ce în ce mai mult, o anumită stare, fie o stare de confort, fie de disconfort, fie o cerință. Aceste sunete constituie gânguritul. Cu timpul, ele încep să se diferențieze și să se organizeze în unități verbale care au o anumită semnificație, mai ales prin intenție, dar și prin acordarea de valoare sunetelor ce pot desemna (semnaliza) starea de foame, de sete, de lipsă de confort, de satisfacție, de bucurie etc. Aceste sunete izolate se unesc, pe la 5-6 luni, în silabe ce se repetă (ta, ma, pa), constituind așa-numitul proces al lalațiunii. Pronunțarea acestor combinații de sunete produce plăcere copiilor, ceea ce face ca ele să fie repetate indefinit. În familiile în care există o atmosferă lingvistică favorabilă și se întreține o comunicare insistentă cu copilul, progresele în achiziția și înțelegerea vorbirii sunt mai rapide. O mare însemnătate o are, în acest proces, capacitatea de

(peste 3 l)

(5-6 l)

Norma Julia

4

imitație a copilului, care încearcă să reproducă anumite emisiuni verbale ale adultului și să întrețină comunicarea. Către sfârșitul primului an, copilul are posibilitatea să pronunțe unele cuvinte simple, ceea ce contribuie la o mai bună adaptare și relaționare cu cei din jur. Înțelegerea vorbirii capătă un avans față de posibilitățile de pronunție. „Nevoia de a se face înțeles crește foarte mult în ultimul pătrar al primului an; de aceea, copilul folosește mimica, vocea, gesturile, toate mijloacele posibile pentru a răspunde planului comunicării sociale. Între necesitatea de a se face înțeles și necesitatea de a înțelege, aceasta din urmă este mai puternică și mai largă (de aceea copilul va înțelege întâi sensul unui cuvânt și abia mai târziu va folosit cuvântul respectiv)” (U. Șchiopu, 1967, pag. 106).

(1 an)

100 cuv

Referindu-se la dezvoltarea sistemului fonologic la copii, lingvistul american R. Jakobson (1962) este de părere că, pentru început, emisunile verbale timpurii parcurg o serie de stadii similare, chiar dacă copiii aparțin unor colectivități lingvistice diferite. Totuși, după 6 luni, se produc diferențieri între fonemele enunțate de copii, în funcție de caracteristicile fonologice mai pregnante ale limbii maternelor, respectiv de la sunetele cele mai ușor de pronunțat (vocalele) spre cele mai complexe. Autorul menționat subliniază paralelismul dintre ontogenie și filogenie, datorită faptului că achizițiile copiilor, până la o anumită vârstă, sunt la fel în toate limbile, chiar dacă acestea au o dezvoltare diferită. În însușirea sistemului fonologic intervine principiul stratificării ce are la bază contrastul maxim de diferențiere în omogenizarea caracteristică.

În perioada antepreșcolară (1-3 ani), vorbirea copilului începe să se diferențieze tot mai mult, căpătând un accentuat rol de comunicare, iar numărul cuvintelor pe care le înțelege și le pronunță poate ajunge, spre trei ani, până la circa o mie. Din această perioadă, limbajul devine „vorbitor”. Copilul dobândește posibilitatea să-și exprime trebuințele și dorințele prin cuvinte, pe care le învață să le lege între ele, formând scurte propoziții și folosind relativ corect acordurile gramaticale. Totuși, cuvântul este folosit, deseori, cu rol de propoziție și desemnează o situație concretă. Întreaga vorbire este impregnată de interjecții, pronume demonstrative, situații concrete etc. Menținerea vorbirii situative trebuie înțeleasă prin raportarea la necesitatea subiectivă simțită de copii de a „cuprinde verbal” și de a comunica situații ce denotă integrarea copilului în structura lor. Limbajul activează celelalte procese cognitive și experiența de viață a copilului. În același timp, trebuie luat în considerare faptul că din

(1-3 ani)

400-1000

cuv

cauza particularităților sistemului nervos central și a nematurizării aparatului fonoarticulator, copilul antepreșcolar are o serie de dificultăți în pronunțarea corectă. Dintre aceste dificultăți, cele mai frecvente se referă la eludarea (omisiunea unor sunete din cuvânt), deformarea unor sunete, înlocuirea unor sunete cu altele, inversarea unor sunete în cuvânt (metateza) și contragerea sau comprimarea unor cuvinte etc. Toate acestea constituie dificultăți de vorbire pasagere, proprii acestei vârste, și au o natură fiziologică. Dar ele pot căpăta o semnificație defectologică, dacă se mențin după 3-4 ani, prin formarea unor deprinderi greșite de vorbire. Există tabele relativ ample, care pun în evidență progresele de pronunție ce se realizează, treptat, în vorbirea copilului antepreșcolar, tabele ce pot fi folosite în evaluarea capacităților verbale.

Marea capacitate a copilului de a-și însuși sunete și chiar cuvinte noi a atras atenția multor cercetători. N. Chomsky (1973) consideră că, datorită structurii generative a limbajului, copilul are posibilitatea ca un cuvânt însușit, să-l folosească ulterior în nenumărate combinații, fără să fie nevoie de o învățare suplimentară. După același N. Chomsky, gramatica transformațională se bazează pe ansambluri de relații și reguli sintactico-semantică, prin intermediul cărora se ajunge la structuri noi verbale din alte categorii de structuri. Astfel, se ajunge la sublinierea potențialului și realului ce este implicat în competență și performanță, și care, în fapt, exprimă creativitatea lingvistică, concretizată în operativitatea cognitivă.

Există două caracteristici proprii însușirii limbajului. Prima este capacitatea de a înțelege ce înseamnă cuvintele. Această capacitate constituie competența (concept folosit în psiholingvistica modernă). A doua capacitate (pronunția) este aceea de a folosi diferite cuvinte. Această capacitate se indică prin termenul de „performanță”. Competența este, în general, mai dezvoltată decât performanța (copilul ~~înțelege mai mult din ceea ce i se comunică decât poate el însuși~~ comunica). Cu cât este mai mic copilul, cu atât este mai mare distanța psihologică dintre competență și performanță.

Această „distanță” reprezintă spațiul psihologic dintre limbajul pasiv (al competenței) și cel activ (al performanțelor), dar și intercorelația „generativă” (creativitatea lingvistică), potențialul generator al vorbirii.

Prin dezvoltarea intensă, în perioada preșcolară (3-6-7 ani), limbajul îndeplinește tot mai activ funcția de organizare a activității psihice. Alături de vorbirea situativă se dezvoltă vorbirea contextuală.

(3-7 ani)
1500-2500

care exprimă mai bine coerența, logica ideilor. La aceasta contribuie și creșterea volumului și nuanțarea cuvintelor.

Spre șase ani, copilul dispune de un vocabular care îi facilitează folosirea de propoziții cu o structură mai complexă, alcătuită dintr-un număr mai mare de cuvinte și cu semnificații diferențiate. În activitățile de mare solicitare, cum sunt cele de joc, copilul creează noi cuvinte, mai cu seamă când apar situații pentru care nu găsește imediat corespondentul verbal; chiar dacă „găsirea” este bizară, ea se integrează într-o structură gramaticală normală (T. Slama-Cazacu, 1957).

Povestirile preșcolarilor mijlocii, și mai ales ale celor mari, devin mai complexe și mai nuanțate prin înțelegerea mecanismului cauzal și prin formarea unui „simț” al compoziției narative.

Relevând importanța limbajului pentru comportamentul și activitatea ființei umane, J. Piaget (1966) îl compară cu conduitele sensori-motorii și subliniază trei mari deosebiri în favoarea conduitelor verbale: 1) dacă conduita sensori-motorie urmărește evenimentele, fără să poată anticipa desfășurarea acțiunii, conduita verbală putând adopta modele și scheme operaționale anticipative; 2) în vreme ce conduita sensori-motorie se limitează la un timp și spațiu apropiat, limbajul facilitează gândirii posibilitatea de a se extinde în timp și spațiu nelimitat; 3) conduita sensori-motorie se limitează la acțiuni succesive, etapă cu etapă, iar gândirea, prin intermediul limbajului, reflectă ansamblurile relaționale, simultane ale evenimentelor și efectelor probabilistice.

Odată cu intrarea copilului în școală, se îmbogățește experiența verbală și se dezvoltă vorbirea literară, cultă. În mod deosebit, se activează capacitatea de a diferenția, prin denumiri adecvate, obiectele și fenomenele, de a nuanța stilistic situațiile, de a glumi, de a ironiza și de a purta discuții contradictorii. Prin îmbogățirea experienței de cunoaștere și dezvoltarea calităților gândirii, exprimarea se diversifică și capătă claritate logică dar, în același timp, crește capacitatea de înțelegere a informațiilor recepționate. Un rol deosebit îl are învățarea scris-cititului, care contribuie la organizarea intereselor intelectuale și deschide perspective multiple ale accesului la cultură. Posibilitățile verbale tot mai mari, stilul vioi și pronunția, relativ corecte, determină și adoptarea unui mod personal de exprimare a ideilor. Dacă până la intrarea în școală, vorbirea este învățată mai mult spontan, sub influența procesului de instruire, limbajul se însușește organizat, ca și regulile gramaticale, ortografice și lexicale. Se poate afirma că la

valorit
1500-1600
achv
4000-4500
total

școlar conduita verbală pune în evidență dinamica proceselor psihice și modul cum sunt asimilate influențele social-culturale, rolul pe care îl are limbajul în procesul cunoașterii și, în general, al schimbului de informații, al transmiterii dorințelor, intențiilor etc.

În diversitatea formelor de exprimare orală, cât și scrisă, bogăția vocabularului joacă un rol deosebit. Volumul mare de cuvinte înlesnește procesul înțelegerii și al asimilării informațiilor, iar în cazul transmiterii acestora, înlănțuirea logică a ideilor nu se poate realiza în condiții optime în afara operațiilor gândirii ce presupun cât mai multe cuvinte, denumiri, concepte-noțiuni clare și care trebuie să fie premise pentru o exprimare adecvată. Și acesta este un argument în plus pentru care mulți autori (W. Stern, CL. Stern) au efectuat inventare ale numărului de cuvinte ce le posedă, cu scopul de a surprinde bogăția acestora la copiii de anumite vârste. În această ordine de idei, impresionează salturile calitative, dar și cantitative, în achiziția vocabularului de la o perioadă de vârstă la alta. Câteva cifre sunt semnificative pentru cele afirmate mai sus: la un an, copilul poate exprima circa 100 de cuvinte; la 3 ani, vocabularul minim este de aproximativ 400 de cuvinte, mediu, de 700 – 800 de cuvinte și maximum, de 1000 de cuvinte; la 6 ani, vocabularul minim este de 1500 de cuvinte, mediu, de 2 000 de cuvinte și maxim, de 2 500 de cuvinte; la sfârșitul perioadei școlare mici se înregistrează un adevărat salt: 1 500 – 1 600 de cuvinte în vocabularul activ și 4 000 – 4 500 de cuvinte volumul vocabularului total (U. Șchiopu, E. Verza, 1981, pag. 73, 113, 162).

X
în libertate
adolescență
În pubertate, dar mai cu seamă în adolescență, există o preocupare conștientă pentru dezvoltarea limbajului și pentru însușirea unui vocabular cât mai bogat. Sub influența unor obiecte de învățământ ce se studiază în școală și a lecturii unor lucrări din diferite domenii, tinerii își formează un stil personal al expunerii ideilor și sunt preocupați de folosirea unui vocabular ales. Debitul vorbirii orale și scrise crește, de asemenea, foarte mult față de perioada școlară mică. Cuvintele de specialitate întregesc vocabularul activ al tânărului, care capătă satisfacții în utilizarea lor în conversații, discuții, relatări verbale, controverse etc. Expunerile sunt încărcate de semnificații multiple și nuanțări care largesc gama ideilor exprimate în context. Deoarece, în această perioadă, învățarea este o activitate fundamentală ce se realizează prin instruire școlară, în care predomină focalizarea de obiective, interese, aspirații, tânărul își dezvoltă strategii ale învățării tot mai rafinate, de pe urma cărora beneficiază întreaga activitate

psihică, inclusiv limbajul. Dar perfecționarea limbajului se realizează și prin imitații și modele, în scopul autoafirmării și autoperfecționării.

La vârstele mature, limbajul este mai organizat și supus mai stringent influențelor sociale. Factorii psihologici, care stau la baza comportamentului verbal, se exprimă, în primul rând, ca motivație ce poate fi individualizată sau stimulată de condițiile concrete ale influențelor educative. Din punct de vedere verbal, la aceste vârste există o mai mare capacitate de adaptare la condițiile de mediu și de educație, întrucât restructurarea și mobilizarea resurselor interne se bazează pe cunoștințele individului și pe experiența de viață. Folosirea limbajului este mai adecvată situațiilor date, exprimă mai bine conținutul ideilor și al dorințelor, iar gesturile, mimica și pantomimica sunt mai expresive și îndeplinesc mai bine rolul de mijloace ajutătoare ale comportamentului verbal. La perfecționarea mijloacelor verbale de exprimare, o contribuție însemnată și-o aduc influențele exercitate prin întreaga cultură: lectură, vizionarea unor spectacole, a emisiunilor TV, ascultarea emisiunilor de radio etc. La acestea se adaugă trăsăturile de personalitate, care imprimă limbajului o anumită coloratură, un stil propriu, debit mai mare sau mai mic, caracteristicile de accent și intonație etc.

Spre deosebire de perioadele preadolescenței și adolescenței, în vârstele adulte scade interesul excesiv pentru cultivarea unui limbaj care să conțină cât mai multe cuvinte ale limbajului elevat, cuvinte care să conțină cât mai multe cuvinte și expresii care au o circulație relativ mică și care oglindesc o oarecare prețiozitate în vorbire. Aceasta nu înseamnă că adulții ar folosi un limbaj mai sărac din punct de vedere calitativ și cantitativ. Îmbogățirea continuă a limbajului îi permite adultului să exprime, relativ ușor, orice idee, și să nu fie preocupat de teribilisme. Din aceleași motive, tinerii sunt înclinați spre folosirea unor jargoane, considerând că dau o notă distinctă și nonconformistă personalității. Ei devin și foarte atenți la modul cum este folosit limbajul, manifestând atitudini de dezaprobare față de eventualele greșeli în exprimare, dezacorduri etc. În schimb, îi admiră pe cei care dispun de un vocabular bogat și care stăpânesc bine arta cuvântului.

Se poate remarca că a fi un bun orator nu înseamnă a vorbi mult, folosind cuvinte pe care nu le înțeleg cei care te ascultă. Un bun vorbitor exprimă o mare bogăție de idei în cuvinte puține și printr-un limbaj accesibil, încărcat de sensuri și semnificații multiple. Pe bună dreptate, se afirmă că personalitatea unui om poate fi apreciată, printre

modur
R

alte, și după comportamentul său verbal. Un vorbitor inteligent este capabil să se adapteze la condiția interlocutorilor, să le înțeleagă expresivitatea, mimica, gestică, să sesizeze dacă este receptat și ascultat, deci să comunice cu aceștia. Arta vorbirii este dificilă; ea presupune să știi cât trebuie să vorbești, ce anume să comunici, cum anume să comunici, cum să te adresezi ascultătorilor și, foarte important, să te oprești când este necesar. Dar eficiența comunicării și a recepției nu depinde, în exclusivitate, numai de calitățile vorbitorului. În această ordine de idei, în psihologie s-a studiat, în funcție de sarcinile și de mărimea grupului, rolul diferitelor rețele de comunicare și eficiența acestuia. Deosebit de importante pentru procesul de comunicare și recepționare sunt relațiile interpersonale și distribuția ierarhică a rolurilor pe care le îndeplinesc membrii grupului în care se vorbește. (P. Popescu-Neveanu, 1977, pag. 45). Comunicarea trebuie să se acomodeze problematicii puse în discuție, să țină seama de o serie de caracteristici, de locul unde are loc (în activitate sau în acțiuni distractive ori de joc), de calitatea membrilor care participă la comunicare etc. (A. Tucicov-Bogdan, 1973, pag. 274).

2. *Evoluția limbajului la handicapații senzorial și de intelect*

După cum am văzut, copilul normal își însușește vorbirea mai mult spontan, până la intrarea în școală, iar dezvoltarea psihică se realizează progresiv, handicapații senzorial, și mai cu seamă cei de intelect, dispunând de posibilități mult mai reduse, manifestă stagnări în evoluția limbajului, nu numai din cauza frecvențelor deficiențe de vorbire, dar și pentru faptul că persoanele din jur nu-i încadrează într-un sistem de comunicare permanent, care să stimuleze activitatea verbală. De aceea, la intrarea în școală, copilul handicapat mintal prezintă o experiență verbală limitată, ceea ce face dificil procesul de însușire a cunoștințelor și de învățare a citit-scrisului. Deși în cazurile de handicap ușor, el are posibilitatea să înțeleagă vorbirea celor din jur și reușește să se facă înțeles prin cuvinte și propoziții scurte, cu o alcătuire simplificată din punct de vedere gramatical, întâmpină totuși dificultăți pregnante în ceea ce privește folosirea funcției semiotice a

cuvintelor și în exprimarea diferențelor și nuanțelor foarte numeroase ce există în limbaj (E. Verza, 1977).

Inerția psihică și vocabularul sărac sunt principalii factori, alături de slaba mobilitate și nivelul scăzut al proceselor intelective, care își pun amprenta pe înțelegerea vorbirii. Astfel, exprimarea conduitelor verbale este simplificată și nu poate cuprinde totalitatea evenimentelor la care se referă. Comparativ cu copilul normal, vocabularul handicapaților este redus la mai puțin de jumătate, iar în situațiile unui deficit de intelect sau senzorial accentuat, vocabularul se rezumă la câteva cuvinte de strictă necesitate, a căror structură logico-gramaticală este extrem de puerilă (E. Verza, 1981).

Într-o lucrare anterioară (1982), am investigat caracteristicile specifice limbajului și particularitățile comunicării (exprimare și înțelegere), în relație cu dezvoltarea psihică a copiilor cu handicap senzorial și cu handicap de intelect. În acest sens, a fost alcătuită o grupă experimentală, care a fost supusă unui antrenament intensiv de dezvoltare a limbajului (pe o perioadă de trei luni a câte trei ședințe săptămânal) și o grupă de control. Grupele au fost formate din câte 20 de subiecți fiecare și s-a calculat Q.I.-ul, prin aplicarea WISC-ului, înainte și după terminarea antrenamentului verbal. Atât la grupa de control, cât și la cea experimentală, subiecții au prezentat un Q.I. cuprins între 55-70. La sfârșitul celor trei luni, s-a calculat din nou Q.I.-ul și s-a constatat că la grupa de control acesta se menține, aproximativ, la fel sau apăreau variații nesemnificative pentru unii subiecți. În schimb, toți subiecții din grupa experimentală au înregistrat progrese sensibile ale Q.I.-ului, plasându-se, în medie, în limitele cifrelor 65-80. Aceasta s-a datorat stimulării dezvoltării limbajului, care nu numai că a facilitat accesul la însușirea cunoștințelor, dar a contribuit la stimularea întregii activități intelectuale și la antrenarea aparatelor periferice de emisie și de recepție a limbajului.

Copiii cu handicapuri mintale manifestă diferențe pregnante în raport de mediul socio-cultural din care provin, cât și de tipul de handicap și de gravitatea acestuia. Cele mai mari dificultăți în expresia și recepția vorbirii au apărut la handicapații de intelect și la cei cu surditate sau hipoacuzie accentuată, care foloseau frecvent cuvinte mono- și bisilabice, pentru denumirea unor obiecte de strictă necesitate. Pentru categoria respectivă de handicapați, predominante sunt limbajul mimico-gesticular și unele forme paraverbale, în care tăcerea, direcția privirii, mișcarea înlocuiesc exprimarea verbală. În

schimb, la handicapării de vedere, (ambliopi și nevăzători) și la cei cu debilitate mentală ușoară, vorbirea se apropie mai mult de cea a copilului normal, atât în exprimarea propozițiilor și frazelor, cât și prin bogăția vocabularului. Dar și la aceștia apar, cu frecvență relativ mare, tulburări de pronunție – dislalii și deficiențe ale vocii. Unele dintre deficiențele subliniate se mențin și în condițiile unei activități de stimulare organizată a limbajului (în procesul instructiv-educativ), ca urmare a capacităților diferite de recepționare, în funcție de gravitatea handicapului.

În școală, deficientul învață să facă eforturi și să asimileze cunoștințele în mod organizat, să conștientizeze exigențele impuse de procesul instructiv-educativ, să devină mai sistematic în acțiuni și în gândire și, în general, să-și disciplineze întreaga activitate psihică. În condițiile în care acțiunilor specifice procesului instructiv-educativ li se adaugă și activități organizate de stimulare a limbajului (așa cum s-a procedat cu grupa experimentală), se pot obține progrese însemnate la majoritatea subiecților, în dezvoltarea proceselor cognitive și în formarea unor trăsături de personalitate care ușurează integrarea lor în colectivitate. Cu toate aceste eforturi depuse, la handicapării de intelect se mențin o serie de caracteristici specifice limbajului involuat, în care nota dominantă este aceea a comunicării incoerente și a progresului lent pe linia funcției semiotice a vorbirii. Handicapații senzoriali din grupa experimentală (mai cu seama cei de vedere) înregistrează progrese evidente în dezvoltarea limbajului, atât sub raport calitativ, cât și cantitativ – ceea ce le permite să folosească construcții lingvistice tot mai complexe. La aceasta se adaugă formarea operațiilor mintale, implicate în activitatea de gândire și de înțelegere, bazate pe o motivație tot mai clar conturată și pe dezvoltarea aspirațiilor în conturarea deprinderilor cognitiv-culturale, asemănătoare persoanelor normale și care semnifică compensarea deficienței senzoriale și o bună adaptare.

Din activitățile organizate, ca și din procesul instructiv-educativ rezultă că, și în cazul handicapărilor de intelect, limbajul se supune mai ușor influențelor pozitive, în raport cu celelalte funcții psihice și, ca atare, este necesar ca prin intermediul acestuia, să se organizeze întreaga activitate compensatorie și recuperatorie (E. Verza, 1973).

La handicapării de intelect, decalajul dintre dezvoltarea limbajului și celelalte funcții psihice este foarte evident, datorită faptului că posibilitățile de înțelegere și ideatie rămân limitate, în timp

ce capacitatea de exprimare înregistrează progrese interesante. Pentru handicapatii auditiv, situația se prezintă astfel: dezvoltarea psihică generală înregistrează progrese remarcabile, în timp ce structurile limbajului avansează lent în procesul demutizării, iar la deficienții de vedere caracteristicile vorbirii se apropie tot mai mult de cele ale normalului și devin suport pentru stimularea funcțiilor psihice superioare. Apare aici, evident, fenomenul de heterocronie, cum l-a numit R. Zazzo (1979), când s-a referit la dezvoltarea inegală a proceselor și funcțiilor psihice și de care este necesar să se țină seama în activitatea instructiv-educativă, prin adoptarea unei metodologii care să vizeze stimularea aspectelor deficitare, pornind de la cele ce se supun mai facil, sub incidența influențării favorabile.

Handicapații de intelect au, totuși, posibilitatea să-și însușească unele formule stereotipe pe care le utilizează în conversații simple. Chiar dacă expresiile lingvistice de argou le învață fără eforturi, comunicarea lor nu se desfășoară după o anumită logică și pentru că asociațiile (în planul ideal), nu se pot conștientiza pe deplin și nu cuprind abstractizări și generalizări. Regulile gramaticale sunt utilizate în mod defectuos, ceea ce face să scadă claritatea comunicării. Aceasta este defectuoasă și din cauza frecvențelor tulburări ale pronunției, vocii, ritmului vorbirii etc. Principala și cea mai stabilă caracteristică este aceea a imaturității vorbirii, care se accentuează în raport de gravitatea deficienței mintale, putând ajunge până la marcarea exclusivă a infantilismului, caracteristic copiilor normali din ontogeneza timpurie. La copiii sub 2 ani, imaturitatea vorbirii nu este atât de evidentă, dar cu timpul, diferențele dintre vorbirea normală și cea a handicapatului se accentuează tot mai mult și ca urmare a fenomenelor de perseverare, caracteristice structurilor mentale neevoluate ale acestora din urmă. Fenomenele de perseverare, ce apar frecvent, se extind de la nivelul sunetelor și silabelor la cuvinte și chiar propoziții, ceea ce dă o notă dezagreabilă vorbirii, iar comunicarea devine tot mai confuză.

Analiza comunicării și a limbajului nu se poate reduce numai la nivelul dezvoltării mintale, căci sunt și alți factori care influențează cantitatea și calitatea activității respective. Astfel, Doru Popovici (2000), ia în considerație factorii sociali și strategiile de comunicare pe care acești subiecți le adoptă în relațiile cu cei din jur și ca urmare, conduita verbală poate fi frecvent suplinită de comportamente gestuale (nu totdeauna adecvate) sau de orientare a atenției auditoriului prin

mişcări caracteristice instabilității psihomotorii, fiind în dezavantajul unei bune relaționări.

La deficienții de auz demutizați sau în curs de demutizare, inteligibilitatea comunicării este afectată de tulburările intonației, ritmului și debitului vorbirii, pe care își pune amprenta și sărăcia vocabularului. Nesiguranța în exprimare se datorează și schimbărilor pe care le suferă cuvintele flexibile, variațiile topice, sintactice și semantice (C. Pufan, 1982, pag. 59). Vorbirea hipoacuzicilor este mai clară și mai variată, deoarece vocabularul este mai bogat, iar perceperea, fie și parțială, a vorbirii persoanelor din jur sporește capacitatea de înțelegere și exprimare. Surdovorbitorii și hipoacuzicii au dificultăți în discriminarea consoanelor sonore de cele surde, a suierătoarelor de siflante, nu articulează corect combinațiile de consoane, omit începutul sau sfârșitul cuvintelor, nu respectă structura gramaticală, iar din cauză că sunetele surde își pierd din sonoritate, vorbirea se realizează, parțial, în șoaptă și este nemelodică sau stridentă, dublată de nerespectarea accentului.

Deoarece la handicapații de vedere nu este afectată integritatea analizatorilor verbomotor și auditiv, iar dezvoltarea intelectuală este relativ normală, posibilitățile de însușire a vorbirii sunt mai mari, dar se mențin unele dificultăți în structurarea activității psihice. Aceste dificultăți se datorează și slabei înțelegeri în nuanțarea vorbirii, ca urmare a imposibilității de a percepe vizual, mijloacele mimico-gesticulare ce completează comunicarea verbală. Tot din cauza imposibilității imitării vizuale, a mișcărilor specifice articulării, apare lipsa de sincronizare și modulare adecvate a aparatului fonoarticular pentru pronunțarea sunetelor. Astfel, sunt afectate, în primul rând, acele sunete care necesită mișcări organice fine: r, s, ș, f, v, z, l etc. De asemenea, apar, cu oarecare frecvență deformările, omisiunile, adăugirile și substituirile atât ale sunetelor, cât și ale silabelor și cuvintelor. O serie de autori, printre care Pollack, Sumby, O'Neill, M. Durand, au demonstrat experimental, că lipsa percepției feței vorbitorului și a mișcărilor buzelor determină dificultăți în receptarea rostirii și decodificarea conținutului semantic (P. Fraisse, J. Piaget, 1972, pag. 47). În fapt, este vorba de conținutul semantic al comunicării nonverbale (CNV), care însoțește întreaga conduită verbală. Deși handicapații de vedere au dificultăți, mai cu seamă atunci când conținutul celor exprimate are un caracter abstract sau când conceptele cu care operează nu le pot raporta la imaginea

concretă, ei reușesc cu eforturi susținute să ajungă la o dezvoltare a limbajului asemănătoare cu a normalilor.

Ca o caracteristică generală, toate categoriile de handicapați, și mai cu seamă cei de intelect și auditivi, întâmpină dificultăți atât în înțelegerea subcontextului în care se desfășoară conduita verbală, cât și în plasarea comunicării într-un context organizat. Dacă avem în vedere cele trei straturi contextuale, descrise de T. Slama-Cazacu (1959), și anume : *contextul total*, ce nu este identic cu contextul situațional, *contextul explicit*, care este mai evident în limbajul oral și *contextul verbal* sau discursiv, de natură strict lingvistică, observăm că ele nu sunt organizate în comunicare la handicapații de intelect și la cei auditivi, și nici nu apar bine delimitate. În general, atât în ceea ce privește caracteristicile de expresie, cât și de recepție, se creează impresia că ele nu se supun legilor de înțelegere a ansamblurilor funcționale complexe și dinamice ale limbajului, pentru că transportul și asimilarea informației se realizează, de cele mai multe ori, incomplet sau neorganizat, într-un sistem mintal unitar al cunoștințelor.

Conduita verbală a handicapărilor este dominată de caracteristicile emoțional-afective, care nu totdeauna întregesc conținutul semantic, ci, dimpotrivă, estompează cogniția. La acestea se adaugă multe elemente neesențiale și redundante care îngreunează recepția informației de către auditor și, în final, întreaga comunicare este centrată pe sens și nu pe semnificație.

Învățarea citit-scrisului lărgeste orizontul de cunoaștere al copilului și contribuie la disciplinarea gândirii sale. În aceste condiții, comunicarea devine, în general, mai încărcată cu elemente valorice, iar centrarea pe semnificație pune în evidență organizarea operațiilor gândirii și, totodată, modalități superioare de învățare, atât în planul cognitiv, cât și în cel motivațional. La rândul lor, experiența cognitivă și inteligența subiectului devin factori dinamizatori în organizarea planurilor verbale și a înțelegerii discursive, iar reușita în învățare se trăiește intens ca stare de satisfacție cu implicații importante în formarea personalității (figura 8). Ca atare, nu numai la copilul normal, dar și la cel cu handicap de intelect sau senzorial, este necesar să se diversifice gama preocupărilor pentru dezvoltarea conduitei verbale, ca factor hotărâtor în organizarea și ierarhizarea comportamentelor general umane.

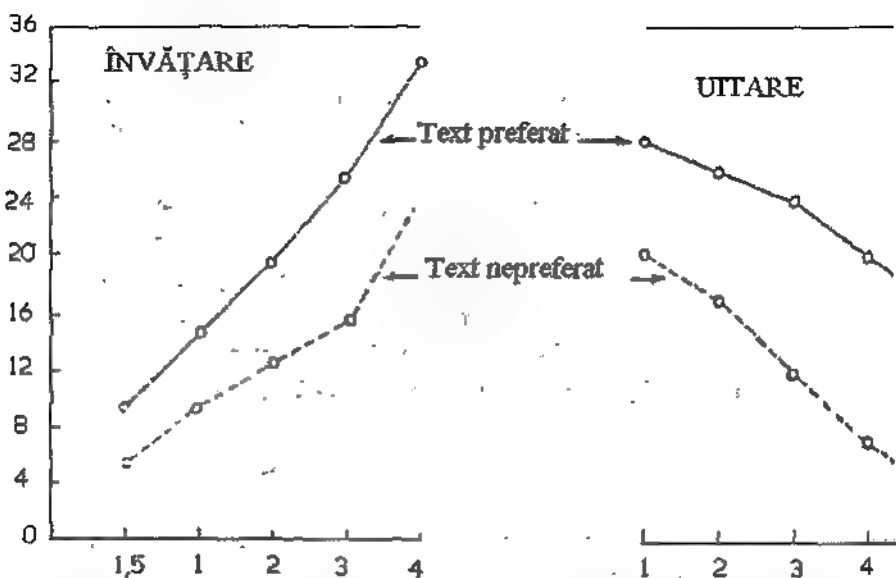


Fig. 8. Învățarea și uitarea materialului controversat. Oamenii învață mult mai repede și rețin mult mai ușor materialul care corespunde interesului și atitudinilor lor (este adevărată și reciprocă) (Levine și Murph)

Capitolul V

FORMAREA ȘI DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE CITIT-SCRIS

1. *Pregătirea copilului pentru achiziția citit-scrisului*

Formarea deprinderilor de citit-scris depinde de o serie de factori, printre care cei mai importanți se referă la dezvoltarea psihică generală, și, în primul rând, la dezvoltarea intelectului, la dezvoltarea motrică generală și, în special, la kinestezia mâinii, la nivelul achizițiilor verbale și calitatea conduitei verbale, la motivația pentru activitatea respectivă, la interesul subiectului de a-și însuși cât mai repede noile achiziții. Dacă acești factori țin de caracteristicile subiective ale individului, însușirea actului citit-scrisului are la bază și factori de natură obiectivă care privesc metodologia predării cunoștințelor necesare și măiestria educatorului de a forma trăsături emoțional-afective pozitive, menite să stimuleze procesele cognitive ale subiectului, ca și atitudinile evaluative și nivelul de exigență manifestat în legătură cu activitatea desfășurată de subiect.

Până la intrarea copilului în școală, când de fapt începe, în mod organizat, învățarea citit-scrisului, familia și grădinița realizează o oarecare pregătire nu numai psihologică, dar și practică a acestuia. Avem în vedere, în primul rând, formarea unor deprinderi de autoservire, de a fi atent, de a urmări desfășurarea evenimentelor, de a întreba și răspunde politicos, de a saluta, toate ducând la organizarea activității practice, dar și a planurilor intelectuale.

În același context se înscriu o serie de activități desfășurate în „grădiniță, cum sunt cele precaligrafice, de desen, de modelaj, de citire a imaginilor, de povestire, care contribuie la dezvoltarea motricității fine, a kinesteziei mâinii și a capacității verbale.

Referindu-se la rolul școlii moderne, André Casteilla (1977) este de părere că ea are un dublu scop: acela de a forma o scriere lizibilă, cursivă și rapidă. Datorită condițiilor vieții trepidante, specifice secolului în care trăim, s-a renunțat la scrierea caligrafică și s-a adoptat scrierea „directă” care este în favoarea creșterii rapidității și a adaptării elevilor la viața școlară. În sporirea vitezei scrisului, o atenție cu totul aparte trebuie acordată traseului acestuia, în care rolul principal îl are – după autorul amintit – instrumentul de scris, suportul și subiectul. Astfel, se constată că, folosirea pixului, a stiloului cu pâslă și a celui cu cerneală, permite o scriere mai cursivă, deoarece contribuie la înlăturarea tendinței copilului de a apăsa și, ca atare, mișcările devin mai suple. În ceea ce privește caietele utilizate pentru învățarea scrisului, A. Casteilla recomandă ca ele să fie liniate orizontal, vertical și oblic, la o anumită distanță, care să permită efectuarea optimă a buclelor și să faciliteze scrierea înclinată.

În final, succesul în formarea deprinderilor de scris este influențat și de exercițiile pregătitoare, cum sunt cele de folosire a pensulei în etapa preșcolară și chiar școlară mică, cu scopul de a-l obișnui pe copil să-și relaxeze musculatura pentru a realiza grafemul sau cuvântul printr-o singură trăsătură. Cu siguranță, controlul permanent exercitat de învățător asigură reușita școlară, în general, și a scris-cititului în special.

Prin aceste activități, se formează caracteristici generale psihice de întreținere a oricărei activități manuale, ca îndemânarea, atenția în apucarea obiectelor, realizarea corectă a mișcărilor implicate în autoservire, îmbrăcat, spălat, alimentație etc. Pe de altă parte, se formează, în familie și școală, mici îndemânări legate de ținerea corectă a creionului, efectuarea de desene, picturi. O serie de jocuri de manipulare, jocuri de construcție, încastrare, decupaj, legarea cu sfoară, lipitul, confecționarea de jucării de hârtie etc., antrenează mișcările mâinii în activități diferite, flexibile, suple și eficiente. Desigur, dezvoltarea psihică generală, formarea capacităților de a fi atent, de a persista în orice activitate, până la finisarea ei, spiritul de ordine și de raționalizare a mișcărilor etc. au o mare importanță ca structuri psihice de întreținere a tuturor tipurilor de activități și –

bineînțeleles constituie structuri ce conferă garanție activităților relativ complexe în formarea deprinderilor de citit-scris.

2. *Vârsta optimă de învățare a citit-scrisului*

În genere, se apreciază că, din punct de vedere psihic și fizic, copilul de 6 ani este apt pentru învățarea citit-scrisului. Aceasta este posibilă pentru că, în plan biologic, are loc o creștere a întregului organism și se evidențiază procesul de osificare la toate nivelurile organismului, a coloanei vertebrale, a toracelui, claviculelor etc. Un rol important în activitatea de scriere (grafism) îl are procesul intens de osificare a falangelor mâinii, care permite creșterea forței și capacității generale a activităților manuale. Creșterea în precizie și forță a membrilor superioare este importantă la 6 ani; concomitent cu procesul de osificare, are loc și dezvoltarea musculaturii, a articulațiilor și tendoanelor ce sporesc precizia și viteza în mișcări, permițând o mai bună adaptabilitate a acestora.

Cu cât kinestezia este mai dezvoltată, cu atât au loc coordonări mai precise în executarea grafemelor, a desenului, a activităților manuale și, în general, fenomenul de oboseală nu se instalează prea repede.

Activitatea de scriere este subordonată, în toate planurile sale, activității intelectului; din acest punct de vedere, planurile intelectului copilului sunt susținute de o intensă dezvoltare a cogniției, în care percepțiile, reprezentările, gândirea, imaginația etc. devin mai bogate și mai organizate, facilitând activitatea de integrare a cunoștințelor și ierarhizarea acestora după criterii valorice. Acest proces este alimentat de dezvoltarea generală a sistemului nervos central și mai cu seamă a creierului noetic implicat în toate activitățile (figura 9). Creșterea lobilor frontali și organizarea căilor funcționale determină dezvoltarea unor noi zone de asociație, indispensabile însușirii citit-scrisului, cum sunt cele dintre analizatorul motor și verbal, acustic și vizual, tactil și acustic (ultimul cu implicații majore în scrierea și citirea nevăzătorilor în Braille.).

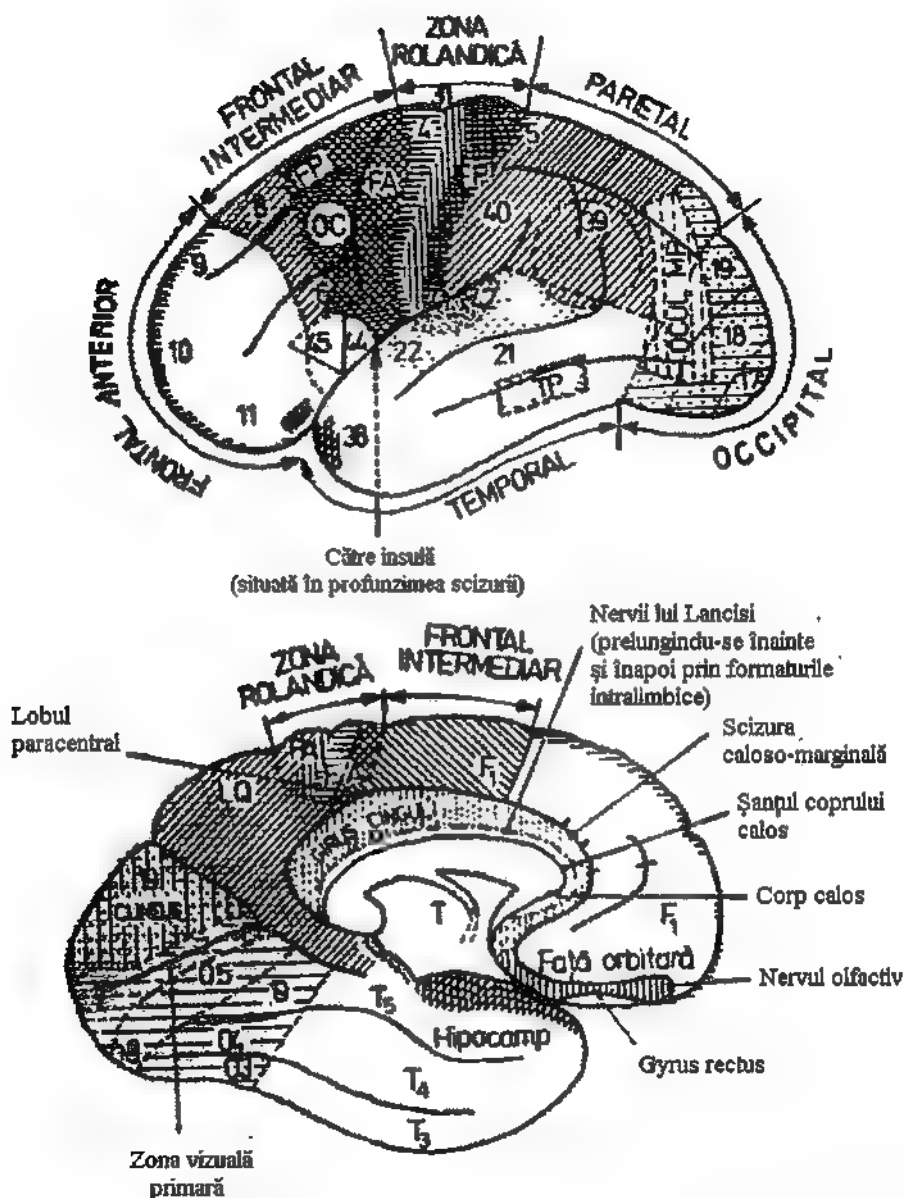


Fig. 9. Principalele zone funcționale ale scoarței cerebrale a emisferei stângi (după Mesquin și Trelles).

Dezvoltarea percepțiilor, în general, și în mod special cele care privesc discriminarea formelor spațiale, a obiectului și fondului, a percepției mărimilor, a reliefului și a determinării dreapta-stânga, sus-

jos, mare-mic constituie indicii ale abilității în formarea deprinderilor de citit-scris. Aspectele discriminative se dezvoltă la copii, în relație cu perceperea spațiului mic în care un rol important îl are orientarea spațială pe foaia de hârtie, decodificarea și diferențierea grafemelor etc., care susțin o evoluție spre activitatea intelectuală complexă (E. Verza, F.E. Verza, 2000, pag. 136). La acestea se adaugă rolul jucat de dezvoltarea memoriei vizuale, pentru discriminarea literelor și grafemelor și a celei auditive, pentru corelația sunet-literă și sunet-grafem. În ansamblu, evoluția inteligenței copilului duce la formarea unor structuri operative care ușurează stabilirea strategiilor ce pot fi considerate decisive pentru formarea deprinderilor complexe de citit-scris.

În același timp, posibilitățile copilului de 6 ani de a-și însuși scris-cititul se datorează și condițiilor moderne în care fenomenul, numit enculturație (cărțile colorate pentru copii, emisiunile de radio și TV), îi creează un fond apercceptiv și îl sensibilizează pentru activitatea școlară. Ca urmare, la intrarea în școală, copilul posedă multe cunoștințe din domenii diferite și interesul său este tot mai accentuat în raport cu evenimentele din lumea înconjurătoare.

Cu toate acestea, vârsta de începere a școlarizării variază de la țară la țară. În multe țări, vârsta de 6 ani se consideră ca fiind cea mai indicată, dar, în altele, școlarizarea începe la 5 ani sau 7 și chiar 8 ani. Această atitudine este în funcție nu numai de concepția generală cu privire la condiția ființei umane, dar și în raport de factorii de mediu care influențează dezvoltarea biologică, de posibilitățile de cuprindere a populației școlare în sisteme organizate de instruire și întrebuințarea forței de muncă. Astfel, societatea devine tot mai receptivă față de pregătirea copiilor încă din primii ani de școală, deoarece acestea influențează, de multe ori, decisiv evoluția ulterioară.

3. *Geneza grafismului și a cititului*

În literatura de specialitate, se consideră că scrierea a apărut odată cu vorbirea articulată. Cu siguranță că lucrurile stau așa, dacă avem în vedere scrierea actuală (de fapt, adevărata scriere). Dar forme grafice de comunicare au existat cu mult timp înainte, așa cum au existat și forme preverbale, prin care comunicarea se realiza cu

ajutorul gesturilor, mimicii, pantomimicii și chiar râsul, surâsul, postura exprimau stări atitudinale cu semnificație pentru semenii din jur. Forme de comunicare neorganizate pot fi căutate în semnificația ce o au diferitele urme lăsate de grupuri sociale străvechi, în așezarea diferitelor pietre, care aveau o anumită semnificație pentru cei care cunoșteau cât de cât un anumit cod. Dacă la început predomina încărcătura de avertizare (de primejdii, de noningerență etc.), cu timpul, astfel de forme de comunicare au căpătat o semnificație afectiv-cognitivă tot mai mare. O serie de autori (Ș. Andronescu – 1959, Al. Graur – 1972, G. A. Spirkin – 1963, H. Wald - 1968), bazați pe argumente lingvistice, antropologice și filosofice, emit idei interesante cu privire la existența unor forme de scriere, legate de comunicarea nearticulată și care se perfectează odată cu apariția vorbirii articulate. Așadar, până să se ajungă la pictografie, când putem considera că semnul grafic exprima conținutul vorbirii articulate, obiectele, uneltele pe care le utiliza omul, simbolizau și reflectau elementele incipiente ale desfășurării activității mentale. Având la bază reprezentări și imagini simple, desenele omului exprimau, nediferențiat, gândirea globală și concret-intuitivă. Posibilitățile de comunicare, prin intermediul pictografiei, erau limitate în timp și spațiu, iar citirea și înțelegerea depindeau de capacitățile și experiența de viață a individului. Aspectul figurativ reprezentat prin pictografie era în detrimentul conceptualizării și exprimării esențialului din planul ideatic.

Scrierea hieroglifică depășește limitele pictografiei, dar devine mai dificil de decodificat, pentru că simbolizarea complexă permite exprimarea unui conținut de idei mai bogat. Pentru a o înțelege, era necesară o oarecare inițiere și o dezvoltare a posibilităților de abstractizare și generalizare ale gândirii. Relativ recentă, din punct de vedere istoric (Ș. Andronescu o plasează acum 6000 ani), scrierea ideografică semnifică evoluția psihică a omului, dezvoltarea capacităților sale de ideatic și adaptare la condițiile de mediu, ca și cooperarea dintre membrii societății.

Odată cu dezvoltarea vorbirii articulate, se simte tot mai mult nevoia găsirii unei forme complexe de transpunere în planul grafic, care să poată cuprinde întreaga bogăție a ideilor, pe de o parte, iar pe de altă parte, să permită comunicarea cu generațiile viitoare. Astfel, a apărut scrierea alfabetică, dar după un complicat proces de căutări și eforturi susținute. Saltul a fost, mai ales, de ordin calitativ, și demonstrează, totodată, progresele dezvoltării psihice și culturale.

Scrisul reprezintă o activitate complexă de comunicare ce constă în transpunerea grafică a structurii fonetice a vorbirii și marchează stadiul desfășurării gândirii, a evoluției psihice, în general, în care organizarea mentală și formarea strategiilor intelectului sunt implicare nemijlocită. În fapt, semnul grafic reprezintă, în spațiul grafic, elementul sonor al vorbirii, vorbirea articulată, iar conținutul activității mintale dobândește valoare numai în raport de semnificația ce o prezintă mesajul de idei. Semnul grafic nu prezintă o anumită semnificație, în schimb, consemnează un element sonor al limbii – fonemul (Al. Rosetti). Recunoașterea semnelor grafice și acordarea de sens, prin înțelegerea conținutului reprezentat în scriere, se realizează prin citire. Este dificil să trasezi o linie de demarcație între scriere și citire. Aceasta și pentru faptul că în procesul instructiv ele se învață concomitent. Scrierea nu se poate însuși în afara citirii – și acesta este un fapt de necontestat. Metodele care preconizau învățarea scrierii înaintea citirii – cum este notată metoda Freinet – exacerbau activitatea motorie, prin care centrarea întregului proces de scriere pe abilitatea de copiere – transpunere a literelor și chiar a cuvintelor în spațiul grafic. Concomitent cu scrierea, se realizează și o formă de citire, în scopul verificării corectitudinii celor scrise. Dar citirea se poate învăța fără un exercițiu expres al scrierii. Încă cu mult timp în urmă, Maria Montessori disocia cele două acte, afirmând că scrisul precede cititul.

S-a validat faptul că perceperea formei vizuale a literelor este reținută și se realizează mai ușor și mai stabil, dacă se face concomitent cu reprezentarea lor grafică. Când înveți să citești într-o limbă străină, iar apoi treci la însușirea scrisului, dificultățile scad simțitor, iar formarea deprinderilor grafice se realizează într-un timp mai scurt.

Din punct de vedere psihologic, scrierea fonetică are o evoluție asemănătoare cunoașterii umane, fiind influențată pozitiv de aceasta și devine, la rândul ei, mijloc de realizare și propulsare pentru aceasta. Posibilitățile combinatorii ce se realizează între diferitele grafeme largesc varietatea exprimării și contribuie la stabilizarea operațiilor mintale. Spre deosebire de celelalte forme de comunicare, scrisul are o desfășurare mai riguroasă, care obligă nu numai procesele intelectului la organizare și ierarhizare, dar impune și exigențe lexicale și gramaticale sporite. De asemenea, scrierea pune mai bine în evidență, decât alte forme ale gândirii, particularitățile de personalitate ale individului. Pentru că vom mai reveni asupra acestui aspect,

menționăm doar că începând de la formă, plasarea în spațiul grafic, mărimea și raporturile dintre grafeme și ajungând la stil și conținut, toate sunt elemente ce ne permit recunoașterea celui sau celei căreia îi aparține scrisul și chiar a nivelului de cultură și dezvoltare psihică, a trăsăturilor caracteriale și temperamentale și a sexului persoanei care scrie. Pe acest temei, grafologia se constituie ca un domeniu tot mai important, cu mare acțiune practică, dar care, până în prezent, nu a înregistrat progrese scontate.

4. *Etapele învățării citit-scrisului*

Majoritatea specialiștilor consideră că, pentru învățarea citit-scrisului, copilul trebuie să aibă o etate mentală echivalentă cu cel puțin vârsta de 5 ani. Se apreciază că la acest nivel, percepția, reprezentarea și gândirea capătă forța necesară, pe linia organizării și sistematizării, încât fac posibilă transpunerea grafică a sunetelor din vorbirea articulată și înțelegerea simbolisticii literelor. Pe de altă parte, se poate crea o motivație corespunzătoare pentru susținerea efortului volițional prezent, într-o asemenea activitate complexă, și se conștientizează momentele implicate în fiecare etapă specifică însușirii citit-scrisului, iar dezvoltarea motrică îi permite copilului să mănuiască adecvat instrumentul de scris.

În procesul instructiv-educativ, învățarea citit-scrisului are loc în funcție de o serie de factori ce țin atât de particularitățile subiective specifice elevului, cât și de cele obiective care privesc metodologia predării cunoștințelor și calitățile de pedagog ale învățătorului. Referindu-se la particularitățile psihice ale copilului, U. Șchiopu (1967, pag. 218) subliniază, în primul rând, fenomenul de neatenție care îngreunează învățarea citit-scrisului și care se poate manifesta în două feluri: este vorba de copii neatenți, activi, agitați motor, cu manifestări de instabilitate și distragere, și cei neatenți, pasivi ce sunt liniștiți, dar se gândesc mai tot timpul la altceva. Și într-un caz și în altul, permanentizarea acestor situații nu contribuie la organizarea proceselor cognitive și la dezvoltarea motivației pentru formarea abilităților necesare citit-scrisului. Cauzele unor asemenea manifestări trebuie căutate într-un mediu educativ familial neadecvat sau în unele exacerbări de tip temperamental (mai ales colericiei excesivi).

În analiza însușirii și dezvoltării abilității de a citi și scrie, se disting trei etape mai importante: *preabecedară*, *abecedară* și *postabecedară*.

În etapa *preabecedară* se dezvoltă capacitatea copilului de a discrimina și combina unități fonetice, de a forma părți întregi, ceea ce facilitează însușirea simbolisticii citit-scrisului. Aici, sunt solicitate frecvent operațiile de analiză și sinteză, deoarece copilul este pus în situația de a despărți cuvintele în silabe și sunete, iar pe de altă parte să ajungă, prin unirea silabelor și a sunetelor, la cuvinte. La aceasta contribuie și faptul că micul școlar realizează că fiecare cuvânt are o anumită semnificație și desemnează obiecte și fenomene.

Etapa a doua, *abecedară*, se caracterizează prin aceea că școlarul posedă, în planul ideatic, capacitatea de a stabili raporturi între grafeme și foneme. Dezvoltarea înțelegerii sensului cuvintelor și a contextului poate, pe de o parte, ușura procesul citirii, întrucât percepe mai ușor literele ce compun cuvântul și cuvintele ce compun propoziția, iar pe de altă parte, o asemenea situație poate îngreuna citirea, atunci când copilul are tendința de a ghici ce urmează și nu depune efortul necesar pentru a citi fiecare unitate în parte, pentru a-i surprinde înțelesul și pentru a o putea raporta la contextul general.

În etapa *postabecedară*, copilul dispune de mecanismele nervoase și însușirile psihice necesare și poate realiza citit-scrisul pe baza existenței unor deprinderi ce se perfecționează continuu. Dificultățile în discriminarea grafemelor ce compun cuvântul pentru redarea în scris și cele legate de unificarea fonemelor pentru citit se reduc tot mai mult în această perioadă, permițând realizarea actului de citit-scris în mod fluent.

Atât cititul cât și scrisul au la bază caracterul intențional. Progresele, în formarea deprinderilor, sunt legate însă și de exerciții, de caracteristicile acestora și de însușirea corectă a abilităților respective de la bun început. Conștientizarea fiecărui moment al citit-scrisului determină o înțelegere mai profundă a semnificației cuvântului și a unităților care îl compun. Formarea abilităților depinde și de integritatea analizatorilor. Dacă pentru citit, analizatorul auditiv și vizual joacă un rol însemnat, pentru scris, la cei doi analizatori menționați se adaugă și interacțiunea lor cu auzul fonematic, care se poate dezvolta prin exercițiu, dar pentru care educația, chiar cea

școlară, face încă destul de puțin, astfel încât această capacitate este susținută mai mult spontan prin activitățile ocupaționale (inclusiv cele ludice).

5. *Lectura după imagini – etapă premergătoare achiziției citit-scrisului*

Având convingerea importanței și a rolului jucat de lectura după imagini pentru pregătirea copilului preșcolar în vederea dezvoltării limbajului, în general, și în achiziția citit-scrisului, în special, noi am făcut investigații numeroase pe această temă (1968,1973,1977,1983).

Lectura după imagini este importantă în comunicarea perceptiv-verbală, deoarece constituie o componentă a actului de culturalizare a copiilor; ea creează premise favorabile pentru însușirea citit-scrisului și, ca urmare, constituie o etapă ce se impune a fi parcursă de către copilul preșcolar. La această vârstă, unii autori folosesc și citirea de filme care prezintă scurte istorioare, ca metodă analitico-vizuală pentru învățare (G. Mialaret, C. Maloudoin). Într-un studiu efectuat asupra principalelor caracteristici ale limbajului copilului de vârstă preșcolară, în lectura după imagini, am surprins o serie de aspecte cu implicații directe în însușirea citit-scrisului.

Cercetarea s-a desfășurat într-o grădiniță de copii cu orar săptămânal și într-una cu orar redus și a constatat din prezentarea unor imagini cu ajutorul cărora se puteau alcătui povestiri, de pildă jocul de-a povestirea. Experimentul s-a desfășurat în două variante. În cursul primei variante, s-a prezentat subiecților, pe rând, un grup de trei, apoi patru, ulterior cinci imagini, subiectul având sarcina de a le aranja în ordinea logică a succesiunii. Ulterior, el trebuia să povestească, să creeze o povestire din imaginile respective. În cadrul variantei a doua, aceleași imagini erau aranjate corect de experimentator, iar copiii aveau sarcina să povestească. Varianta a doua s-a desfășurat cu aceiași subiecți, după trei zile de la prima încercare. Prin urmare, este vorba de trei povestiri în varianta primă și tot atâtea, în varianta a doua.

Ca atare, o primă problemă inclusă în cercetare se referă la sondarea caracteristicilor privind ordinea aranjării imaginilor în cazul unor situații gradate ca dificultate (3, 4, 5 imagini).

În a doua variantă, ordinea era dată de experimentator. Sarcina comună, în ambele variante, consta în organizarea povestirii pe marginea punctelor de reper create de seriile de imagini. Acest mod de solicitare a capacităților verbale se utilizează astăzi în vederea depistării posibilităților proiective verbale, fie sub forma solicitărilor de a crea un context epic și interpretativ unei ilustrații, fie sub forma organizării propriu-zise a povestirii sugerate de imagini. Deci, noi am combinat cele două modalități de folosire a imaginilor. Fără îndoială, povestirile copiilor cuprind numeroase aspecte extraverbale (percepția, observația, gândirea, imaginația; chiar și deblocări afective). Ne vom referi, însă, numai la aspectele verbale (vocabular și părți de cuvânt) pe care le-am relevat. S-a lucrat cu un lot de 51 de copii, reprezentând câte 17 copii din fiecare grupă din grădiniță.

În cadrul experimentelor, se nota timpul necesar ordonării imaginilor, timpul în care se realiza povestirea și tot ceea ce verbaliza copilul cu ocazia contactului cu imaginile date în experiment. Notația timpului am considerat-o necesară, deoarece ne-a permis o sondare a vitezei relative de structurare a contextului verbal în situațiile considerate la copiii din cele trei grupe preșcolare.

Tabelul nr. 3

Grupa	Nr copiilor	Timp folosit pentru aranjarea imaginilor			Timp folosit pentru povestirea după imaginile aranjate de copil			Timp folosit pentru povestirea după imaginile aranjate de experimentator		
		3 imagini	4 imagini	5 imagini	3 imagini	4 imagini	5 imagini	3 imagini	4 imagini	5 imagini
Mică	17	8'42"	10'7"	11'7"	14'30"	13'25"	19'13"	10'8"	12'32"	15'52"
Mijlocie	17	8'23"	12'16"	15'13"	20'35"	19'51"	19'15"	10'51"	13'18"	15'14"
Mare	17	8'42"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"	10'7"
Total	51	89'35"			158'24"			121'32"		

Dintre cei 17 copii din grupa mică (în cadrul povestirii realizată după trei imagini), nici unul nu a putut sesiza ordinea logică a succesiunii imaginilor. Aranjarea imaginilor s-a făcut la întâmplare,

12 În general copiii (nu se gândeau) nu aveau în vedere ansamblul povestirii, ci priveau, cu curiozitate, imaginile în mod separat. Timpul de ordonare logică a imaginilor, foarte scurt, atât ca timp global, cât și ca timp specific pentru fiecare aranjare, a pus în evidență lipsa de atenție și de preocupare pentru aceasta. Timpul necesar povestirii (tabelul nr.3) și povestirea copiilor din această grupă reflectă incapacitatea de a lega logic-verbal imaginile.

Povestirile copiilor din grupa mică sunt un fel de lectură a conținutului separat al imaginilor; ei nu reușesc să închege o poveste după ansamblul imaginilor date. De altfel, lipsa de logică în ordonarea imaginilor le-a îngreunat și mai mult sarcina. În relatările copiilor din grupa mică există elemente care nu se găsesc în imaginile date în experiment, fără nici o legătură cu acestea, conflicte și acțiuni exterioare și, de cele mai multe ori, fără nici o legătură cu imaginile date, manifestându-se astfel prezența funcțiilor proiective ale personalității, exprimate haotic și simplificat. În povestirea după imaginile aranjate de experimentator se observă o îmbunătățire a calității povestirilor copiilor și o lărgire a conținutului de fapte cu elemente noi, ceea ce arată că lectura unor povestiri după imagini este de fapt activă la această vârstă. Diferența de timp între povestirile după imaginile aranjate de experimentator este evidentă, în sensul că în prima variantă timpul este mai mare, deși povestirea este mai aridă și mai scurtă.

Faptul ca atare ne face să ne gândim la oportunitatea activităților libere de educare a planului intelectual. Oricum, o percepție cu semnificații ambigue se pare că blochează, la această vârstă, posibilitatea de a structura un sens al povestirii.

Copiii li s-au prezentat, spre lectură, imaginile povestirii „Cei trei pisoi”. Pentru ilustrare, redăm povestirea fetei Lenuța G. (povestirea după imaginile aranjate de copii) din grupa mică.

1. Văd pisicuțe. Am văzut cățelul... Mai văd o pisicuță.
2. Pisica. Văd pisicuțe. Aici văd tot pisicuțe.
3. Mai văd pisicuțe. Văd pisicuțe și încă una... văd pisicuțe.

Povestirea aceluiași copil, după imaginile aranjate de experimentator:

1. Văd pisicuțe. Văd... care a sări ... pisicuța în apă. Văd aici un balaur.
2. Văd pisicuțe care se joacă. Văd pisicuțe. Văd pisicuța care se dă cu pisica asta mică. Mai văd două pisici și una.
3. Văd două pisici care seamănă. Văd pisicuți cu pisici atât ... (arată cu mâna). Mai văd și o pisică care o ia pe pisică și se

urcă pe pisica aste. Mai văd o pisicuță care pune capul acolo. Mai văd o pisicuță care stă așa...

La grupa mijlocie, subiecții manifestă unele preocupări în legătură cu aranjarea logică a imaginilor, iar unii dintre ei reușesc să găsească forma corespunzătoare. Copiii din grupa mijlocie înregistrează progrese însemnate în redarea povestirii, iar citirea imaginilor separate este înlocuită cu o relatare ce are legături logice, o oarecare continuitate între imaginile date. Caracterul logic și calitatea povestirii după imaginile aranjate de experimentator sunt evidente.

În continuare, prezentăm povestirea realizată de copilul Valentin P. Mai întâi, povestirea după imaginile aranjate de copil.

1. Trei pisici au văzut un pește care a scos capul din apă. Toate trei pisicile au căzut în apă și au ieșit din apă și pe urmă toate se uitau una la alta.
2. Toate trei pisici au văzut o broască în față și au vrut să se bage în burlan. Și s-au murdărit de cenușe și erau negre de tot. Toate trei pisicile se uitau la broască.
3. Toate trei pisicile vor să se bage în cutie și pisicuța nu s-a băgat. Pe urmă două pisicuțe și-au băgat capul acolo. Aici pisicuțele alea se uitau la șoricel și aici fugea și pisicuțele voiau să fugă după șoricel să-l mănânce.

Povestirea după imaginile aranjate de experimentator:

1. Toate trei pisicuțele se uitau la un peștișor și pe urmă au căzut în apă. Și pe urmă pisicuțele când s-au scos, curgea apa de pe ele.
2. Pisicuțele toate se uitau la broască. Și pe urmă toate pisicuțele și broasca au vrut să se bage în burlan. Și toate, toate au ieșit negre și a treia era ultima care a ieșit.
3. Pisicuțele se uitau la șoricel care era cenușiu. Și pe urmă șoricelul stătea și se uita la pisicuțe. Și pe urmă aia neagră și cenușie erau ultimele. Și șoricelul s-a băgat într-o cutie și pe urmă două pisicuțe s-au băgat cu capul în cutie și una de-abia își băga capul. Și pe urmă pisicuțele din cutia aia au ieșit toate albe.

Ca și în cazul copiilor din grupa mică, la preșcolari mijlocii timpul de aranjare este mai scurt ca cel al povestirilor; iar timpul povestirilor, din cadrul variantei întâi, este mai îndelungat ca în varianta a doua, datorită faptului că, în varianta a doua, imaginile,

fiind aranjate de experimentator în succesiunea logică, facilitează citirea lor și închegarea povestirii de către copii.

Progresele realizate de copiii din grupa mare sunt superioare atât în ceea ce privește redarea poveștii, cât și în aranjarea logică a imaginilor. Aceasta evidențiază saltul calitativ și cantitativ în dezvoltarea psihică.

Prezentăm și povestirea realizată de fetița Octavia L. F. din grupa mare, după imaginile aranjate de ea:

1. Cei trei pisici. A fost odată trei pisoi care s-au dus la lac. Și pisoi aceia au văzut un pește și s-au repezit să-l ia și peștele a plecat. Pisoi au sărit în apă și a sărit apa în sus și au ieșit uzi learcă. Se uită unu la altul și unul stă cu laba la gură.

2. Povestirea se numește cei trei pisoi. A fost odată niciodată trei pisoi care au plecat la plimbare. Un pisoi a văzut o broască. Broasca s-a uitat înapoi și a văzut pisoi și a fugit tare. Și un pisoi stătea pe buturugă și broasca l-a lovit la labă și a miorlăit tare și iar a întâlnit broasca și un pisoi a întins laba. Și m-am suit pe ea și v-am spus povestea așa.

3. A fost odată ca niciodată, că de n-ar fi nu s-ar povesti trei pisoi și pisoi au zărit un șoarece. Pisoi au fugit după șoarece să-l prindă. Șoarecele a fugit tare și s-a băgat în cazan. Pisoi după el și pisoi s-au scos de acolo și o pisicuță s-a uitat după șoarece și nu l-a zărit. Pe urmă cei trei pisoi au plecat și șoarecele lor a fugit și a făcut ochii mari. Și m-am suit pe o șea și v-am spus povestea așa.

După imaginile aranjate de experimentator:

1. Povestea mea se numește cei trei pisoi. A fost ca niciodată trei pisoi și s-au dus la un lac și au zărit un pește și au sărit toți după el. Și s-au scos apoi din apă și curgea apa de pe ei. Și m-am suit pe o șea și v-am spus povestea așa.

2. Povestea mea se numește cei trei pisoi. A fost odată ca niciodată trei pisoi care au plecat la plimbare. Și au zărit o broască și au început să alerge broasca. Și unul era negru. Și broasca când a trecut pe lângă el l-a lovit. Apoi a fugit mai departe și s-au așezat câte unul și au plecat acasă.

3. Povestea mea se numește cei trei pisoi. O fost odată ca niciodată că de n-ar fi nu s-ar povesti, trei pisoi care au plecat la plimbare și au zărit un șoricel și au început să fugă după el. Și șoricelul s-a băgat în cazan. Și s-au băgat

după el. Și s-au scos și nu l-au mai zărit și au plecat. Și m-am suit pe o șa și v-am spus povestea așa.

Copiii de vârstă preșcolară mare confirmă linia progresului, atât în ceea ce privește preocuparea pentru aranjarea imaginilor în ordine logică, cât și pentru a crea cadrul povestirii în algoritmul tipic de poveste (A fost odată...). Posibilitățile de redare, într-o formă avansată, a povestirii sunt mult îmbogățite, contextul epic al povestirii începe să aibă cursivitate. Preocuparea pentru a găsi motivații episoadelor descrise crește.

Comparând relatările preșcolarilor mari cu relatările copiilor de vârstă preșcolară mică, din punctul de vedere al structurii logice, constatăm, în primul rând, că propozițiile enunțate de ultimii se limitează, aproape exclusiv, la denumirea elementelor din povestire. Reflectând o înțelegere incompletă a tuturor elementelor dinamice, copilul preșcolar mic sesizează în mică măsură caracterul dinamic al legăturii logice dintre imagini. Faptul este cu atât mai evident cu cât comparăm rezultatele celor două variante experimentale.

În cadrul povestirii, după imaginile aranjate de copil, lipsește, de regulă, legătura dintre momentele ilustrate și legătura cauzală dintre acțiunile unei imagini și cele din imaginea precedentă. În varianta a doua, povestirea după imaginile aranjate de experimentator, apar unele legături cauzale, dar, tot într-o formă incompletă, reflectând gradul relativ scăzut al înțelegerii copilului la această vârstă.

Un progres evident se realizează începând cu cei de vârstă preșcolară mijlocie, când narațiunea devine mai complexă și mai nuanțată. Copiii dovedesc înțelegerea mecanismului cauzal care stă la baza narațiunii și desprind firul logic al povestirii. Totuși, gradul desprinderii de imagini este încă destul de redus, caracterul enunțativ al propozițiilor formulate de ei fiind evident. Este vorba, de fapt, de o descriere a conținutului imaginilor, descriere în care apar unele elemente de acțiune, de narațiune.

La vârsta preșcolară mare, copiii dispun nu numai de o capacitate sporită de a integra imaginile prezentate într-o povestire concretă, dar manifestă și un simț al compoziției narative.

În varianta după imaginile aranjate de copil, firul povestirii este reconstituit, în majoritatea cazurilor, ca și atunci când imaginile sunt aranjate de experimentator. Aceasta denotă capacitatea copiilor mari de a sesiza unitatea dintre elementele ce le-au fost prezentate dispartat.

Copilul preșcolar mare încearcă să emită și unele judecăți de valoare în legătură cu acțiunile pe care le efectuează personajele din povestire, schițând și o caracterologie în imagini. Aceasta înseamnă că perceperea imaginii se încarcă de semnificații, capătă conținut de viață, fapt care permite să se organizeze o logică a acțiunii. Această vârstă pune în evidență faptul că percepția se subordonează actului de gândire pe care tot ea îl stimulează. În dinamica acestui proces, vorbirea are un rol esențial. Prin urmare, se impune o concluzie ce merită toată atenția în procesul de educare a copilului preșcolar mare: este posibil ca intersectarea aleatorie a semnificațiilor cu care se încarcă fiecare imagine din povestire să pună în evidență modul de constituire a fluențelor verbale la aceste vârste. Or, acestea apar în context sub două aspecte: unul ca multilaterală completare a reprezentărilor, prin încărcarea lor cu semnificații ce permit să se organizeze o legătură fluentă între toate datele mai importante ale fiecărei imagini, în funcție de suita imaginilor, iar al doilea, ca o creștere a complexității sistemului de redare, adică a sistemului de simboluri verbale cu care se operează pentru redarea spațio-temporală a celor exprimate în suita de imagini. Date fiind toate acestea, ni s-a părut important să facem o analiză mai detaliată a caracteristicilor simbolisticii verbale, prin analiza structurii gramaticale a vorbirii copiilor cuprinși în cercetarea de față. În această ordine de idei, primul fenomen ce ne atrage atenția constă în faptul că apare o creștere sensibilă a numărului de cuvinte, odată cu creșterea vârstei (tabelul nr. 4).

Tabelul nr.4.

Grupa	Nr. copiilor	Nr. cuvintelor folosite de copii în povestirea după imaginile aranjate de ei			Nr. cuvintelor folosite de copii în povestirea după imaginile aranjate de experimentator			Total
		în povestirea după 3 imagini	în povestirea după 4 imagini	în povestirea după 5 imagini	în povestirea după 3 imagini	în povestirea după 4 imagini	în povestirea după 5 imagini	
Mică	17	261	381	539	301	465	586	2 533
Mijlocie	17	459	627	798	505	672	799	3 860
Mare	17	616	728	811	654	785	865	4 459

Aspectele relevate în tabelul de mai sus, cât și cele arătate până acum, pun în evidență câteva caracteristici mai importante:

1. În varianta întâi, cât și în a doua, se observă o creștere a numărului de cuvinte, în funcție de creșterea numărului imaginilor (prin trecerea de la trei, la patru și apoi la cinci imagini), cât și în funcție de creșterea, în vârstă, a copiilor, la toate cele trei grupe.
2. Făcând o comparație între povestirile după imaginile aranjate de copil (prima variantă) și povestirile după imaginile aranjate de experimentator (varianta a doua), se observă o creștere nu numai a numărului de cuvinte, dar și a calității povestirilor din varianta a doua a experimentului nostru.
3. Timpul de povestire nu este direct proporțional cu creșterea numărului de cuvinte, în varianta a doua, timpul fiind mai mic ca la prima.

Această situație se explică prin faptul că povestirea copiilor mici este redusă, în cele mai multe cazuri, la numirea elementelor care apar în imagine, în timp ce preșcolarii mari reușesc să includă fiecare element într-o acțiune, să-i dea cursivitate și semnificație, să aducă situații și fapte noi, menite să întregască narațiunea. În felul acesta, părțile de cuvânt se diversifică, iar formele lor gramaticale se îmbogățesc. Se remarcă, deci, o creștere a calității și cantității povestirilor, în varianta experimentului, în care autorul aranjează imaginile în ordine logică, fapt ce are implicații psihopedagogice în procesul de educație a preșcolarilor. În varianta a doua, se mărește eficiența dezvoltării limbajului și se asigură un mod corect de pregătire a preșcolarului, prin stimularea procesului cognitiv. Toate acestea relevă progresele mari în vorbirea copiilor preșcolari, odată cu creșterea vârstei, ca urmare a achizițiilor efectuate prin activitatea spontană ocupațională, dar, mai ales, prin progresele survenite în structurarea vorbirii ca lectură după imagini, în cazul în care imaginile înseși permit acest fapt. După cum se știe, literatura pentru copii începe cu lectura după imagini.

Concluzia acestei cercetări prezintă interes pentru planul culturalizării și familiarizării copiilor cu ceea ce este ilustrat și servește percepției, subordonate diferitelor feluri și tipuri de „lectură” proprii copilăriei timpurii nealfabetizate. Trebuie subliniat că lectura

după imagini este complementară și premergătoare învățării cititului. Ea facilitează, în bună măsură, învățarea cititului, iar indirect, dezvoltarea comunicării verbale și a scrisului, ceea ce contribuie la însușirea mai rapidă a acestui proces, fapt ce ne îndreptățește să accentuăm importanța ei majoră pentru alfabetizarea și pregătirea copilului pentru școală.

6. *Citit-scris și intelect*

Dintre toate formele limbajului, scrisul presupune cea mai riguroasă organizare mentală și reglare conștientă a actelor motricokinestezico-vizual-auditive, implicând efortul voluntar în raport cu gradul de formare a stereotipurilor dinamice și cu conținutul ideativ ce se cere transpus în scris. Dificultățile majore ale scrisului nu țin atât de executarea fizică a grafemelor, căci acestea se depășesc, în linii generale, după câteva luni de exerciții intense, ci de formularea conceptuală și structurarea mentală a materialului. Pe de altă parte, o serie de dificultăți se datorează și faptului că limbajul scris este impersonal, mijlocit, iar caracterul relativ abstract produce dificultăți ale transpoziției grafice. Dacă avem în vedere că tulburările scrisului influențează nemijlocit mecanismele ideatiei, iar dereglările din planul mintal se reflectă nu numai în conținutul celor scrise, dar și în executarea grafică a simbolisticii respective, înțelegem corelația dialectică dintre evoluția intelectului și cea a scrisului. Dar și dificultățile de citit și de înțelegere, de decodificare a grafemelor, a cuvântului scris și de încadrare într-un sistem ideativ, care să faciliteze coerența la nivelul gândirii provoacă greutăți ale transpoziției ideative în plan grafic (figura nr.10).

În cadrul elaborării, organizării și planificării mintale subiectul care se manifestă în scris trebuie să aibă în vedere că cititorul este necunoscut sau că acceptarea materialului este diferită de la un cititor la altul și, ca atare, forța comunicativă a textului depinde atât de construcția logică a propozițiilor, a frazelor, cât și de corectitudinea gramaticală, ortografică și stilistică. De aici, conștiința că, în scris, sunt implicate și alte componente, pe lângă cele intelectuale, cum sunt: cele afective, voliționale, motivaționale, temperamentale, estetice, perceptive etc. Ca atare, scrisul nu se reduce la o simplă

transpunere grafică a vorbirii, ci este un act complex, deosebit de intelectualizat și se elaborează mai anevoios, dar în care construcțiile lexicale și gramaticale ale limbii sunt mai bine reprezentate. Particularitățile memoriei pentru înregistrările mnemonice au o importanță deosebită pentru fixarea cadrului lingvistic al contextului.

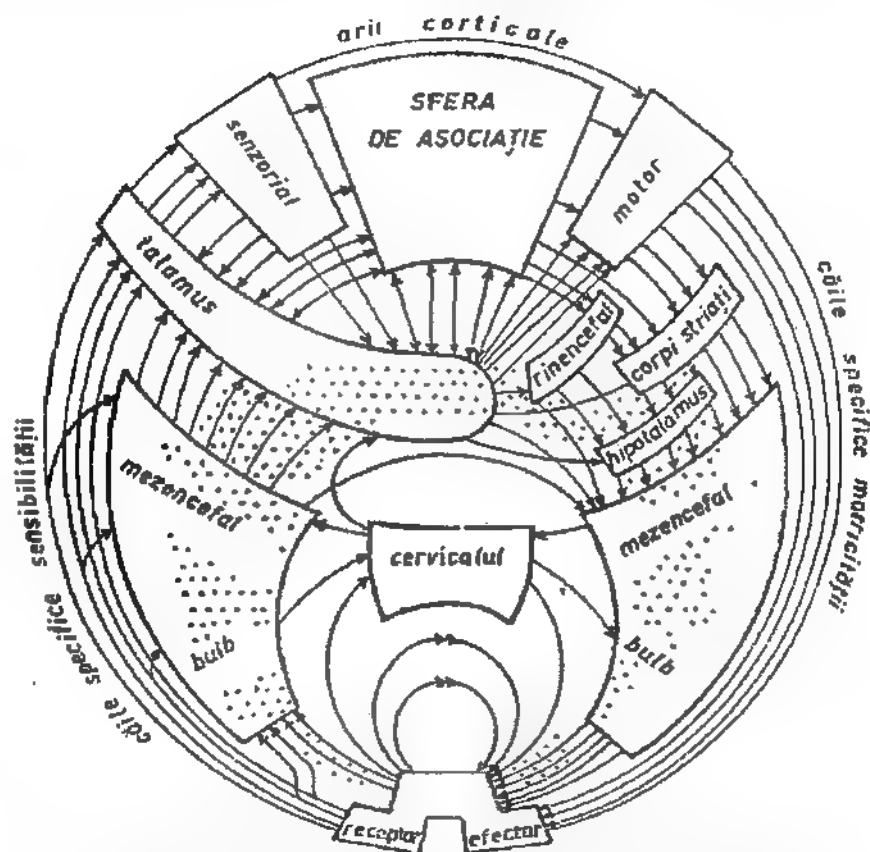


Fig. 10. Schema generală a distribuției mesajelor în sistemul nervos cu circulația continuă a sectorului aferent în sectorul eferent, traversând structurile asociative (după J. Paillard)

Deși dependentă de dezvoltarea vorbirii, scrierea presupune o concentrare maximă a ideilor, prin adoptarea unor principii riguroase ale economiei și a capacității individului de a se face înțeles. Prin acestea nu se simplifică conținutul comunicării ci, dimpotrivă,

complexitatea ei este dată de sensuri și semnificații implicite, ca urmare a creșterii valorii contextului și a cuvintelor, care sunt alese cu o grijă mai mare față de vorbirea orală. Pe măsura perfecționării scrierii, se produce desprinderea de unitățile silabice și se ajunge la sisteme semantice, ceea ce denotă o mai bună organizare a limbii. Referindu-se la progresul în limbă, L. Wald (1969) notează conținutul convențional, reorganizarea unităților reprezentate prin simplificarea semnelor și stabilirea echivalenței cu unitățile fonetice.

Studiile efectuate de Perron, Gobineau, Oleron, pe formarea deprinderilor și învățarea scris-cititului, ca și cele care vizează implicațiile psihopatologice sau semnificațiile defectologice ale scrisului reliefează, pe de o parte, legătura dintre manifestările grafice și evoluția intelectului, iar pe de altă parte, relația dintre caracteristicile scrisului și particularitățile de personalitate ale individului.

7. *Scris și motricitate*

Dacă relația dintre evoluția vorbirii și a motricității este mai ușor de observat și poate fi surprinsă și de părinți, mai cu seamă când ne referim la copil, în jurul vârstei de un an, dar și ulterior, dacă perioada de constituire a vorbirii, de exprimare și de formare de propoziții și fraze, este, de asemenea, spontană și observabilă, în ceea ce privește scrisul și motricitatea, raporturile sunt mai complexe, iar nivelul operativ devine condiție necesară și mijlocitoare în formarea mecanismelor implicate în scris, fapt la care ne-am mai referit în paginile anterioare.

Dezvoltarea motorie generală determină organizarea activității de coordonare și susținere a mișcărilor specifice în executarea semnelor grafice și, în raport de aceasta, o mai fină diferențiere între semnele trasate. Organizarea și dezvoltarea temporo-spațială devine o condiție a perfecționării și discriminării în senzațiile vizuale, auditive, cinetice și tactile, ce stau la baza formării abilităților de scris-citit. Acestea sunt în funcție de antrenamentul și experiența copilului, ceea ce o face pe Florica Bagdazar să precizeze că „o bună exersare a

scrisului este asigurată de precizia succesiunii mișcărilor în spațiul grafic și de secvența lor precisă în timp. Direcția, durata, intensitatea mișcărilor, dirijate de impulsurile nervoase corticale, prin exerciții multiple și variate, se integrează, cu timpul, la nivel spinal, automatizându-se, cortexul rezervându-și rolul de control și corectare" (1967, pag. 32). În aceeași ordine de idei, autoarea amintită subliniază că, datorită dificultăților ce se manifestă în discriminarea componentelor cuvântului, este necesar să se acorde o atenție aparte simplificărilor și raționalizărilor în predarea și însușirea scrisului (1964).

Cu cât progresul în dezvoltarea motricității și a psihomotricității este mai mare, cu atât se formează mai rapid abilități ale scrisului. Un rol deosebit de important îl are dezvoltarea mișcărilor fine ale degetelor și chiar ale mâinilor deoarece, în felul acesta, sunt antrenate grupe întregi de mușchi și ligamente care fac posibilă realizarea sincronă și economicoasă a mișcărilor. În fapt, dezvoltarea psihomotricității este legată de evoluția sistemului nervos și reflectă maturizarea psihică generală care este implicată în întregul sistem al limbajului și, în special, în scris. Unii autori au găsit o corelație semnificativă între dezvoltarea psihomotorie și capacitatea de reprezentare grafică a figurilor geometrice sau a desenării de obiecte. J. Piaget și B. Inhelder stabilesc patru stadii ce pot constitui ghid pentru etapele de prealfabetizare și marcarea perioadei favorabile începerii școlarizării: a) stadiul zero, ce se încadrează între 2 ani și 6 luni și 2 ani și 11 luni, în care principala caracteristică este mângălitura, iar modelul exterior nu exercită influență asupra activității respective; b) stadiul I, ce se subdivide în două stadii, primul de la 3 ani și 6 luni la 3 ani și 10 luni, dominat de mângălituri executate sub influența modelului, iar al doilea durează de la 3 ani și 10 luni până la circa 4 ani, când se poate aprecia activitatea de desenare bazată, deseori, pe reproducerea în detalii a modelului; c) stadiul II începe pe la 4 ani, când se pot realiza diferențieri tot mai clare a figurilor și d) stadiul III, care începe odată cu împlinirea vârstei de 6 ani și 6 luni sau 7 ani și când copilul poate realiza orice figură.

Deși la începutul învățării scrisului, copilul se bazează pe reproducerea modelului după principiul desenării literei sau chiar a cuvântului, totuși desenul nu se rezumă la o simplă reproducere perceptivă, deoarece intervin acțiuni motorii care o fac posibilă, în formă incipientă, schematizarea grafică și ordonarea grafemelor în

spațiul liber al paginii. Dezvoltarea psihomotricității și antrenamentul, împreună cu factorii ce țin de intelect, de motivație și de afectivitate, devin condiții indispensabile în realizarea progresului la scris. Se impune aici o precizare: dezvoltarea motricității generale se exprimă, printre altele, și în manifestări comportamentale vioaie, active, tonice, dar nu trebuie confundate cu acele acțiuni executate rapid și neorganizat, caracteristice copiilor cu agitație psihomotorie sau instabilitate motorie. Această categorie de copii manifestă o falsă dezvoltare motorie, ceea ce își pune amprenta pe formarea unui scris mai puțin lizibil, adeseori cu prezența unor fenomene de tip disgrafic.

Copiii care au o bună dezvoltare motorie nu numai că scriu mai rapid și mai frumos, dar nici nu obosesc atât de repede; sunt stimulați de succesul pe care îl au și astfel ei manifestă o atitudine pozitivă față de activitate. Coordonările cinetice, ca și cele oculo-motorii, se înscriu în categoria factorilor fundamentali ce concură la dezvoltarea actului grafic, iar deficiența lor devine cauză, de cele mai multe ori, a tulburărilor de scris-citit.

R. Perron și F. Coumes (1980, pag. 66), referindu-se la vârsta cuprinsă între 6-11 ani, descriu trei etape principale în dezvoltarea grafismului, luând ca indicator de bază starea motricității: prima etapă cuprinde copii de 6-7 ani, în care predomină dificultăți motorii, ceea ce influențează calitatea grafismului și pe care autorii citați o numesc fază "precaligrafică"; a doua etapă se caracterizează prin aceea că acum copilul elimină unele din dificultățile motorii, instalându-se un relativ echilibru grafic, ajungând la o fază „caligrafică”; în a treia etapă, după vârsta de 10 ani, echilibrul este din nou pus la încercare, fapt pentru care se poate numi fază „postcaligrafică”.¹ Pe temeiul acestor considerente, J. De Ajuriaguerra și M. Auzias (1980, pag.113) sunt de părere că învățarea și maturizarea devin factori determinanți ai însușirii deprinderilor de scris. Învățarea este în funcție și se realizează prin metodele de predare și de antrenament. Aici, se impune o remarcă ce merită atenția cuvenită în cadrul metodologiei de predare-învățare

¹ Am preferat să ne referim la prezentarea, în rezumat, a etapelor respective de la pagina 113, din lucrarea citată, pentru că ni se pare mai realistă, mai ales a vârstelor ce se încadrează în aceste etape, decât descrierea acestora de la pag. 21-26, din aceeași lucrare. În fapt, sunt contradicții între ceea ce afirmă autorii când, descriu etapele din prima parte și prezentarea rezumativă a acestora în partea a doua.

în ciclul primar. Pe de o parte, nu există o metodă sau metode unitare de predare în școală a scris-cititului, iar pe de altă parte, nici sistemul de cerințe și exigențele față de elevi nu sunt uniforme în toate școlile. Acestea dau un anumit grad de libertate în manifestarea grafică a copilului. Din acest punct de vedere, R. Zazzo și M.C.Hurting semnalau faptul că și la copiii începători în învățarea scrisului (de 7-8 ani) se manifestă un grafism înclinat spre dreapta sau spre stânga, iar în alte situații, grafismul este nedefinit, sub raportul înclinării, alternând când într-o direcție când în alta. Și în țara noastră, accentul se pune pe aspectul exterior al caietelor, al corectitudinii al lizibilității scrisului și nu în mod constant pe adaptarea unei anumite forme de scris.

8. Citire și înțelegere

Așa cum am văzut, scrisul și cititul sunt strâns legate între ele atât pe linia învățării, cât și pe aceea a înțelegerii. Totuși, se pot crea decalaje între aceste acte, chiar atunci când sunt învățate concomitent, dar însușirea unei forme influențează pozitiv achiziționarea celeilalte. De obicei, cititul precede scrisul, iar deprinderile de citire se formează mai rapid decât cele de scriere și sunt mai strâns legate de exercițiu. Datorită formei de manifestare, comparativ cu scrierea, citirea a fost denumită formă de „limbaj pasiv”. În realitate, ea nu este deloc pasivă, chiar dacă ne referim la aspectul înțelegerii, în care decodificarea celor percepute devine condiție esențială și necesară pentru formarea abilităților. Dacă la începutul însușirii cititului, copilul percepe unitățile din care este alcătuit cuvântul în mod separat și depune eforturi evidente pentru sinteza lor, cu timpul, perceperea cuvântului devine globală, iar ulterior, perceperea globală se generalizează și în cazul unităților sintagmatice. Stadiului de percepere globală îi urmează cel de analiză, pentru a putea realiza decodificarea și înțelegerea. Perceperea globală, sincretică a lecturii este legată de automatizarea citirii și se manifestă prin creșterea rapidității cu centrarea atenției pe ideile principale și pe cuprinderea ansamblului contextului în care acestea se desfășoară.

O serie de psihologi și pedagogi și-au axat preocuparea pe studiul reconstituirii literelor în raport de locul pe care îl ocupă în cuvânt. Astfel, Miller și Friedman au ajuns la concluzia că reconstituirea ultimelor litere se realizează mai ușor decât cele care ocupă o poziție de început, deoarece acestea din urmă sunt purtătoare, după cum afirmă Carson, a unei cantități de informație mai mare, iar Bruner și O'Dowd au demonstrat că tulburarea citirii are o arie de extindere mai mare, dacă se produc omisiuni ale literelor care ocupă poziția inițială. Înțelegerea unui text lecturat depinde nu numai de capacitățile intelectuale ale subiectului și de viteza citirii acestuia, dar și de gradul de dificultate a textului și de conținutul mai apropiat sau mai îndepărtat de enunțurile verbale ale cititorului. Efortul de decodificare este mai mare, când textul este încărcat de semnificații și sensuri multiple. În cadrul sporirii vitezei citirii, un loc important îl au nu numai acomodările optico-motorii, dar și reprezentările vizuale. Dacă la normal, în citire, reprezentările auditive sunt complementare reprezentărilor auditive, la surdomuți, vizualizarea se asociază cu gestul care exprimă cuvântul, iar la nevăzători, reprezentările auditive se corelează cu tactul și chinestezia, pentru decodificarea textului și verbalizarea acestuia. În lumea contemporană s-au manifestat preocupări insistente pentru elaborarea unor tehnici menite să contribuie la sporirea rapidității cititului, odată cu creșterea gradului de înțelegere.

9. *Citit-scrisul în Braille*

Sunt cunoscute, în literatura de specialitate, o serie de încercări care urmăreau să asigure instruirea nevăzătorilor, în general, și găsirea unor metode ce permit accesul la citire și comunicarea prin scris, în special. Astfel, Erasmus din Rotterdam întrevide, printre primii, posibilitatea și necesitatea organizării unui sistem coerent de instrucție pentru deficienții vizual. Către sfârșitul secolului al XVII-lea, Valentin Haüy pune bazele primei „școli pentru orbi” și adoptă, pentru instruirea elevilor, o scriere în relief care era descifrată prin pipăirea cu degetul. Metoda nu este prea eficientă, fapt care îi determină pe pedagogii germani, Zeune și Klein, să aducă sistemului unele

îmbunătățiri. Ei înlocuiesc caracterele de tipar, formate din linii continue, cu caractere formate din puncte și linii întrerupte, ceea ce denotă o mai mare adaptare la particularitățile analizatorului tactil (E. Verza, G. Anastasiu, 1973, pag. 126).

Introducerea sistemului modern și revoluționarea instruirii nevăzătorilor se datorează lui Louis Braille care realizează un sistem unitar de scriere și citire, adaptat perfect la structura anatomo-fiziologică a analizatorului tactil. L. Braille s-a inspirat din scrierea „nocturnă” a căpitanului de artilerie Nicolas-Marie-Charles Barbier de la Serre, care a folosit, pentru prima dată, punctul în relief menit să fie pipăit cu policele degetelor. L.Braille reușește să realizeze un alfabet format din 76 semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din 1 până la 6 puncte. Cele 6 puncte, care formează grupa fundamentală, sunt aranjate pe două coloane paralele, fiecare fiind alcătuită din 3 puncte care se numerează astfel: începând din stânga sus – 1,2,3 și din dreapta sus – 4,5,6. Punctele au o înălțime de 1 mm. și o distanță, din centrul fiecăruia, egală cu 2,5 mm. Aceste caracteristici ale înălțimii și distanței corespund pragului maximal al sensibilității tactile a corpusculilor senzitivi. Primele zece litere ale alfabetului se bazează pe folosirea punctelor 1,2,4 și 5, din grupa fundamentală, mai exact a celor 4 puncte din partea de sus a acesteia. Decada a doua este formată prin adăugarea punctului 3 – stânga jos, la fiecare semn din prima decadă. Pentru decada a treia se adaugă punctul 6 – dreapta jos, la fiecare semn din decada a doua(Sistemul I).

În marcarea majusculilor se utilizează un semn particular, format din punctele 4 și 6, care preced litera respectivă, iar pentru scrierea cifrelor de la 1 la 10, se folosesc semnele primei decade, astfel încât fiecare semn să fie precedat de un semn particular, format din punctele 3,4,5și 6 și care poartă denumirea de „semn de cifră”.

În etapa finală, L. Braille a pornit de la cele 64 de combinații posibile, prin schimbarea poziției celor 6 puncte ale grupei fundamentale și a ajuns la alcătuirea unui alfabet punctiform, în relief, cu 64 de semne. Acest alfabet oferă aceleași posibilități de exprimare grafică cu cel alb-negru. Alfabetul Braille în limba română a preluat neschimbate primele trei decade ale alfabetului Braille francez, iar în cea de-a patra decadă, au fost introduse unele semne particulare, specifice limbii române: ă, ș, ț, î, â (vezi Braille, sistemul al doilea).

DECADA I

DECADA II





















 a	 k
 b	 l
 c	 m
 d	 n
 e	 o
 f	 p
 g	 q
 h	 r
 i	 s
 j	 t

Fig. 11. Alfabetul Braille

DECADA III

DECADA IV





















 u	 â (în română â)
 v	 ê
 x	 i
 y	 ô
 z	 û
 Ç(ș)	 ă
 é	 î
 à	 ù
 è	 ȘC, OE (în rom. ș)
 ù	 w

Fig. 11. Alfabetul Braille

SEMNE DE PUNCTUAȚIE



















	,		”
	,		Apostrof, abreviație, dialog
	:		-
			<i>i</i>
	?		§
	!		æ
	0		Semn de număr
	”		Majusculă
	*		Puncte de suspensie

Fig. 11. Alfabetul Braille

CIFRELE ȘI SEMNELE MATEMATICE





















 1(a)	 +
 2(b)	 -
 3(c)	 X
 4(d)	
 5(e)	
 6(f)	 /
 7(g)	 =
 8(h)	 >
 9(i)	 <
 0(j)	 √

Fig. 11. Alfabetul Braille

Putând fi folosit și pentru notarea semnelor matematice, muzicale, a formulelor fizico-chimice etc, sistemul de scriere punctiformă, în relief, constituie un mijloc optim de exprimare și

comunicare a conținutului gândirii, iar pentru caracterul său sintetic, citirea și scrierea punctiformă are, în principiu, aceleași caracteristici ca și sistemul normal — alb-negru.

Spre deosebire de scrisul alb-negru, în scrisul Braille litera scrisă nu este similară cu litera citită, deoarece aceasta este, de fapt, opusul imaginii literei scrise. Pentru scrierea în Braille se folosește o plăcuță cu căsuțe care îl ajută pe nevăzător să înțepe uniform hârtia cu punctatorul, iar litera apare pe partea opusă a hârtiei înțepate. Scrierea în Braille se realizează de la dreapta la stânga, astfel încât semnul punctat, ce formează litera, să poată fi citit de la stânga la dreapta, ca în scrierea normală.

În Braille, scrierea se realizează pe verticalitate, în timp ce la scrierea normală, cursul este esențial orizontal. Punctele izolate, care alcătuiesc grafemul, nu dau scrisului un caracter de unitate și din cauza faptului că, în realizarea cuvântului, punctatorul se ridică de mai multe ori pentru a trece dintr-o căsuță în alta a plăcii de scris, accentuându-se particularitățile de discontinuitate ale scrisului în Braille. Mișcările discontinue ale mâinii presupun un efort dublu pentru realizarea grafemului, la care se adaugă și forța de apăsare pe punctator.

În realizarea scrierii, rolul principal îl are mâna care ține punctatorul (de obicei mâna dreaptă), iar mâna stângă se coordonează cu mișcările mâinii drepte care identifică, la întoarcere, rândul ce urmează; în citire, analizatorul tactil și cel kinestezic își exercită funcțiile prin mâna dreaptă, care realizează perceperea literelor, iar mâna stângă o urmează, îndeplinind rol de control. Pentru sporirea vitezei de scriere și citire în Braille (care este mai redusă decât în alb-negru), exercițiul și capacitatea intelectuală dețin un rol însemnat. Din punctul de vedere al posibilităților de adaptare a nevăzătorului la o asemenea activitate, o serie de autori subliniază condițiile favorabile datorate percepției tactile (D.Damaschin, 1973) sau ale recepției complexe tactil-chinestezice, manifestată prin sesizarea facilă a structurii grafice, a punctelor în relief, a dimensiunii grafemelor, a poziției lor ocupată în grupul fundamental etc. (Șt. Pop, R. Dăscălescu, G. Anastasiu, D.Gorea). Sporirea calității informației pe calea tactil-chinestezică este înlesnită și de faptul că nevăzătorul execută, pe lângă mișcarea lineară de urmărire a literelor, și o mișcare cu caracter perpendicular, menită să surprindă numărul de puncte și forma lor. În planul gândirii, drumul este de la analiză la sinteză, pentru că la început sunt percepute elementele separate, cu scopul de a

fi discriminate, ca apoi să fie unificate în vederea realizării întregului, și a citirii unităților mai mari.

Atât pentru scris-cititul normal, cât și pentru cel în Braille, claritatea și precizia gândirii, calitățile acesteia contribuie la formarea deprinderilor, dar mai cu seamă, la corectitudinea lor, iar scris-cititul, o dată elaborat, contribuie la organizarea gândirii și facilitează dezvoltarea operațiilor mentale.

Capitolul VI

TULBURĂRILE DE PRONUNȚIE DE TIP DISLALIC

1. *Specificul tulburărilor dislalice pe fondul intelectului normal*

Însușirea și dezvoltarea limbajului sunt activități care presupun un efort îndelungat din partea individului, în decursul dezvoltării ontogenetice. Activitățile respective se realizează spontan, în relațiile cu cei din jur, dat fiind tendința copilului de a verbaliza acțiunile desfășurate (mai cu seamă cele de joc), dar și organizat, prin determinarea copilului să participe la activități cu un anumit scop educativ (ascultarea și reproducerea de povestiri, citirea imaginilor, instrucția în grădiniță și școală). Desigur, modul în care copilul se realizează pe linia achizițiilor în planul vorbirii și al dezvoltării psihice, în general, este în funcție de o serie de factori care își aduc contribuția, în egală măsură, la acest proces formativ. Printre acești factori, merită atenție deosebită următorii: mediul de viață și activitate al copilului, preocuparea adulților pentru stimularea vorbirii sale, eficiența procesului instructiv-educativ, capacitățile intelectuale ale copilului, afectivitatea, motivația pentru activitate și personalitatea acestuia.

Dacă la început, vorbirea copilului se formează și se dezvoltă pe baza unor activități nesistematice, de satisfacere a unor necesități imediate, încă din perioada preșcolară copilul este solicitat să desfășoare o serie de acțiuni tot mai organizate, care se cer înțelese și exprimate. La început, copilul învață pronunțarea sunetelor prin

imitație și prin joc; apoi realizează cuvinte, propoziții și fraze. Uimitor este că la formarea propozițiilor se respectă, în bună măsură, regulile gramaticale, pe baza așa-numitului „simț al limbii”. (Se observă că simțul limbii este diferit de la un copil la altul și influențează, în general, evoluția și învățarea limbajului).

Diferențele marcate de structura psiho-fizică a copilului, influențele educative, existența unor modele deficitare pe care le imită, ca și acțiunea unor factori nocivi (pe care nu-i analizăm aici) pot duce la tulburări de vorbire, care se prelungesc și după perioada antepreșcolară, iar în alte situații, asemenea dificultăți ale limbajului pot apărea la vârstele următoare și, adeseori cu un debut violent. În acest capitol, nu ne referim decât la categoria tulburărilor de pronunție, al căror specific vom încerca să-l surprindem în cazul handicapărilor de intelect, senzoriali și la subiecții normali, din punct de vedere intelectual. Aceste sublinieri sunt necesare, deoarece la handicapății senzoriali și de intelect tulburările de limbaj nu au fost studiate sistematic, deși la aceștia, frecvența acestora este mai mare decât la normali. Cunoscând particularitățile tulburărilor de limbaj, la aceste categorii se pot diferenția metodele și procedeele adecvate pentru corectarea lor și pentru educarea personalității. Considerăm că se impune în acest context analiza tulburărilor de pronunție respectând principiul de la simplu la complex, astfel încât după ce vom descrie fenomenul dislalic, abordăm rinolalia și disartria.

La copii, apar, relativ frecvent, *tulburări de pronunție (articulație), constând în deformarea, substituirea, omiterea și inversarea anumitor sunete în vorbirea spontană și în cea produsă*. Aceste manifestări sunt cuprinse sub denumirea de *dislalie* și când ea se manifestă sub o formă ușoară, îmbracă forma de *dislalie simplă sau monomorfă*, și avem de-a face cu tulburări care se manifestă numai la nivelul unor sunete izolate sau la familia unor sunete (siflante și șuierătoare) și, de obicei, la acele sunete care se pronunță mai târziu în ontogeneză, presupunând o coordonare fină a aparatului fonoarticular în timpul emisiei, iar atunci când tulburările se extind asupra mai multor sunete sau asupra majorității sunetelor, ea poartă denumirea de *dislalie polimorfă*; când sunt afectate toate sunetele, dislalia este *generală sau totală*.

Această clasificare a dislaliei este realizată pe baza criteriului simptomatologic și este cel mai des folosită, considerându-se că este și cea mai completă. Dar, dislalia se mai poate împărți după criteriul etiologic, în *mecanică* (numită și disglosie) și *funcțională*, după

criteriul timpului de apariție, în *congenitală* și *dobândită*, după criteriul dominanței dislaliei în raport de alte tulburări, în *primară* și *secundară*. Aceste forme au caracter general și mai puțin precis, fapt pentru care specialiștii fac trimiteri sporadice la ele.

În *dislalia polimorfă*, vorbirea devine mai greu accesibilă pentru interlocutor, iar în exprimarea gândurilor, dislalicul are dificultăți. În cazurile grave, dificultățile dislalicului se extind și asupra înțelegerii vorbirii celor din jurul său, ca rezultat al unui vocabular, în genere, sărac. Specific este pentru dislalic, așadar, existența tulburărilor de articulație sau de sonorizare a unor foneme sau a combinațiilor dintre ele. Când nu intervin și alte deficiențe, integritatea funcțiilor limbajului se păstrează, iar șansele corectării sunt mult mai mari.

Sunetele care necesită o modulare și o sincronizare mai fină din partea componentelor aparatului fonoarticulator sunt cele care nu numai că apar mai târziu în vorbirea copilului, dar sunt și cele mai afectate. Așa este cazul siflantelor, șuierătoarelor, a sunetelor r, c, g, în timp ce vocalele se emit mult mai ușor, dar pot fi și ele afectate, în condițiile unei etiologii organo-cerebrale și funcționale. În dislalia generală sau totală, în rinolalie și disartrie, adeseori fenomenele dislalice se extind și asupra vocalelor. În condițiile date, în proporții diferite, este afectată nu numai latura de expresie a vorbirii ci și cea de recepție și când subiectul are dificultăți în decodificarea rapidă a mesajului verbal.

Rezultă că frecvența dislaliilor este în funcție de vârstă, de sex, de nivelul de dezvoltare psihică, de anturaj, de condițiile de educație, de condițiile economice, de particularitățile de limbă etc. Datele statistice cu privire la extinderea dislaliilor, menționate în literatura de specialitate, sunt și în funcție de factori subiectivi, adică în raport de exigența mai mare sau mai mică a celui care stabilește diagnosticul. Astfel, Sheridan (1946) a depistat, la vârsta de 5 ani, dislalii în proporție de 26%, la fete și de 34 %, la băieți, iar la 8 ani, 15%, la fete și 16 %, la băieți. Într-un sondaj efectuat asupra elevilor din școala generală, noi am depistat 13 % elevi cu tulburări de limbaj (1973, pag. 72), ceea ce constituie un indicator al prevalenței acestora la limba română. Nikașina (1961) este de părere că la copiii din clasa I, a școlilor de masă există 19,3% cazuri cu tulburări de limbaj. În toate cazurile, când sunt vehiculate cifre cu privire la frecvența tulburărilor de limbaj, trebuie făcută precizarea că ponderea cea mai mare o au tulburările de tip dislalic. Unii autori remarcă o frecvență ridicată a

dislaliilor la vârste mici și descreșterea acestora în raport cu înaintarea în vârstă, fapt legat de maturizarea aparatului fonoarticular, a sistemelor cerebrale și a parcurgerii unui program de terapie logopedică.

Sunetele care apar primele în vorbirea copiilor nu sunt frecvent afectate și chiar când apar asemenea deficiențe, ele se corectează mai ușor. Printre acestea, se numără vocalele, și în primul rând, a, e, u, și consoanele b, d, t, m, n etc. Se știe că vibranta r apare mult mai târziu și este des afectată. De asemenea, africantele, Ț, ȧ, ț, siflantele s-z și suierătoarele ș-j.

Normalitatea limbajului, împreună cu alți factori, ca: inteligență, vârstă, educație (G.A. Miller, 1956) influențează bogăția și varietatea vocabularului. Tulburarea structurii lexicale a vorbirii este dependentă de gravitatea handicapurilor de limbaj, de asocierea și de întinderea lor.

La handicapării de limbaj, sunt unele cuvinte „critice” pe care le percep ca fiind dificile, în legătură cu care se așteaptă să se întâmpine dificultăți, astfel încât ele duc la o supraîncordare în planul conduitei verbale.

În ansamblu, tulburările de limbaj determină modificări în viața și activitatea individului. La indivizii de vârstă mai mare, apare obiceiul de a ocoli acele cuvinte la care aceștia știu că întâmpină dificultăți sau adoptă o serie de șiretlicuri, printre altele o pauză în vorbire, creând impresia că se gândesc profund la ceea ce spun.

În formele grave de dislalie, (mai ales când este vorba de tetism și, în plus, cu manifestări de agramatism) este afectată nu numai reproducerea corectă a sunetelor și cuvintelor, dar este deficitar și modul de organizare a cuvintelor în propoziții și felul în care sunt folosite acestea, în funcție de formă gramaticală, ceea ce determină neînțelegerea comunicării verbale de către interlocutor sau apare o înțelegere neconformă cu intențiile dislalicului.

Din aceste motive, diagnosticul diferențial, în dislalie, prezintă o importanță deosebită în adoptarea metodelor și procedeele logopedice adecvate. Pe bună dreptate, se afirmă, în unele lucrări (M. Guțu, 1975, pag. 122), că la stabilirea diagnosticului trebuie să se aibă în vedere atât criteriul simptomatologic și etiologic, cât și mecanismele psihofiziologice implicate în tulburarea respectivă: eventualele leziuni ale sistemului nervos central, leziuni ale organelor de articulație, leziuni ale aparatelor de recepție etc.

Cauzele care stau la baza dislaliilor au un evantai foarte larg, începând cu imitarea unor modele greșite de pronunție, existența unor modele greșite de educație, menținerea obișnuințelor negative de pronunție, lipsa de stimulare a pronunțării corecte și terminând cu incriminarea unor factori nocivi complecși: anomalii anatomo-funcționale ale aparatelor periferice și ale sistemului nervos central, nesincronizarea în funcționarea segmentelor aferent-eferente, nedeveloparea sistemelor cerebrale, insuficiența dezvoltării psihice etc. Cercetările moderne leagă manifestările dislalice și tulburările de ritm (bâlbâiala, tahilalia, bradilalia, tumultus sermonis), ca și tulburările scris-cititului (disgrafia-dislexia) de stângăcie sau de contrarierea stângăciei. Se știe că în producerea proceselor psihice între emisferile cerebrale se stabilesc raporturi de subordonare, una apare ca dominantă, iar cealaltă ca subordonată. De altfel, nivelul de lateralizare a unor funcții este diferit. Se pot delimita – cum s-a văzut – funcții puternice și slab lateralizate. Limbajul, percepția muzicii, reprezentarea eului fizic, operațiile motorii (locomotia, manipularea obiectelor) fac parte din prima categorie, iar percepția vizuală, operațiile mintale (de analiză și sinteză, de calcul), actele atenției, procesele afective se înscriu în categoria a doua (A.R.Luria, 1962, pag. 75-78). Așadar, limbajul, ca funcție puternic lateralizată, se realizează cu predominanță într-una din cele două emisfere: stângă, la dreptaci și dreaptă, la stângaci. Datele clinicii de neurochirurgie au confirmat afirmațiile de mai sus. W. Penfield (1963, pag. 97) a supus intervenției un mare număr de pacienți cu leziuni la nivelul emisferei stângi sau drepte, și a urmărit efectul lateralizării asupra tulburărilor afazice ale limbajului. A rezultat că din 175 de bolnavi dreptaci, la care s-au efectuat operațiile în emisfera stângă s-au produs manifestări afazice la 121, în timp ce din 252 de pacienți, care au suferit operații la emisfera dreaptă, la unul singur s-au manifestat tulburări afazice. Luând în considerație situația de mai sus cât și o serie de criterii ontogenetice se poate afirma că pentru constituirea limbajului (oral și scris) este mai adecvată dominantă emisferei stângi. Rezultă, prin urmare, că lateralitatea dreaptă (prezentă la stângaci) denotă o serie de dificultăți de ordin funcțional, care pot determina existența unor tulburări la nivelul conduitei verbale. Și o serie de date logopedice concrete atestă această idee, și anume faptul că la copiii stângaci, întârzierile în apariția și dezvoltarea limbajului, ca și tulburările sale, se întâlnesc într-un procent mai mare, comparativ cu dreptacii de aceeași vârstă. Astfel, la 50 de copii stângaci, Beckey a înregistrat

32% cu tulburări de vorbire, H. W. Simens a găsit la 67 de copii stângaci, un procent de 22,5% cu tulburări ale limbajului, în timp ce la un lot de 520 dreptaci nu a înregistrat decât 6,9% handicapuri de limbaj. Așa cum arată Cl. Launay (1965), această legătură se stabilește mai pregnant, între stângăcia încrucișată sau ambidextrie și tulburările scrisului – disgrafia. Cu mult timp înainte, Gutzmann, Orton, Sovak au sesizat legătura dintre manifestarea dislaliei și stângăcie.

Într-un studiu efectuat de noi, împreună cu M. Golu (1970), am constatat că dintre tulburările limbajului favorizate de stângăcie, dislalia și în primul rând sigmatismele și rotacismele au o frecvență mai mare, în vreme ce bâlbâiala denotă caracterul tranzitoriu al stângăciei, adică pe măsura consolidării dominanței emisferei stângi, prin trecerea copilului de la folosirea mâinii stângi la cea dreaptă se deschid perspective de ameliorare și corectare a bâlbâielii.

Unii autori, printre care M. Seeman (1965, pag. 6), afirmă caracterul ereditar al dislaliilor grave, mai cu seamă pe linie paternă. La asemenea cazuri, tulburările de pronunție se pot corela cu o serie de insuficiențe motorii, unele dereglări statice și carențe ale funcției vestibulare. În alte tulburări de vorbire, ca de pildă în alalie, Seeman arată că dereglările vestibulare pot duce la explicarea mecanismului psihofiziologic, și constituie un indicator important în diagnoza alaliei în ontogeneza timpurie sau chiar mai devreme.

În dislalie, grupa sigmatismelor și a parasigmatismelor ocupă locul central. În genere, sunetele siflante și șuierătoare apar mai târziu în vorbirea copilului, iar emisia lor presupune mișcări fine ale aparatului fonoarticulator, o anumită dezvoltare a auzului fonematic (care contribuie la diferențierea sunetelor de altele), un auz nealterat etc. Din aceste motive, sigmatismele și parasigmatismele sunt foarte frecvente la copiii de vârstă preșcolară, dar la întâlnim adeseori și după această perioadă. Datorită frecvenței siflantelor și șuierătoarelor, cât și specificul unor limbi, această grupă de sunete este mai des afectată în alte limbi, comparativ cu limba română. Astfel, în limba germană și în limba cehă (M. Seeman, 1959), mai cu seamă la vârstele mici, apare o mare incidență a cazurilor de sigmatism și parasigmatism.

Sunetele siflante, șuierătoare și africcate s, ș, z, j, ț, ce, ci, ge, gi sunt înlocuite adeseori între ele, dar și cu alte sunete, în special cu t, d. În cadrul sigmatismului, frecvența cea mai mare o prezintă omisiunile și deformările grupei respective. Din deformarea acestor sunete apar, la unii dislalici, sunete care nu există în limba română, dar care se

aseamănă cu unele sunete specifice altor limbi, sau, pur și simplu, apar emisii vocale nespecifice limbii respective și nu pot fi recunoscute, producând dificultăți și în descifrarea cuvântului de către interlocutor.

Cauzele care determină apariția sigmatismelor și parasigmatismelor sunt analizate în literatura de specialitate din unghiuri de vedere diferite, punându-se un accent mai mare pe unele și fiind controversate altele. Astfel, deficiențele de auz sunt unanim socotite ca determinând incapacitatea discriminării sunetelor și, ca urmare, a diferențierii lor în actul articulării. Uneori, deficiențele de auz trec neobservate, deoarece ele se reduc la imposibilitatea recepției și diferențierii frecvențelor înalte ale sunetelor (cum este cazul siflantelor). Cu cât anomalia auzului este mai accentuată, cu atât tulburările dislalice apar mai pregnant și se extind asupra unui grup mai mare de sunete. Deficiențele auzului fonematic influențează recepția și pronunția, în primul rând a acelor grupe de sunete dar, într-o anumită măsură, și a altora.

În planul etiologiei, un loc important îl ocupă și imitațiile unor modele de pronunție neadecvate sau desfășurarea activității într-un mediu social puțin stimulat, din punctul de vedere al vorbirii. La copii, acțiunea acestor factori se resimte tot atât de evident ca și metodele greșite de educație; printre altele, încurajarea copilului în pronunția defectuoasă, pentru amuzamentul adulților, sau ridicularizarea lui, la o anumită vârstă, de către persoanele din jurul său; aceste procedee duc la menținerea și fixarea defectului.

O altă cauză a sigmatismului – mult discutată în literatura de specialitate – o constituie anomaliiile dentomaxilare și despicăturile de vâl și buze. Creșterea deficitară a dinților, lipsa acestora, mușcătura deschisă și oblică, progenia și prognatismul, macroglosia și microglosia, așa – numita „buză de iepure” și „gură de lup” pot determina diferite forme de sigmatism, ca și o serie de fenomene rinolalice, prin neputința fixării corecte a aparatelor de pronunție și devierea de la situația standard a jetului de aer care participă la emisia sunetelor.

Pe baza acestei etiologii și a criteriului simptomatologic, specialiștii în logopedie descriu numeroase forme de sigmatism. Forma de sigmatism interdental ia naștere prin pronunțarea sunetelor siflante cu limba între dinți; se observă că aceasta este cea mai frecventă formă de sigmatism.

La copiii mici, această formă de sigmatism apare frecvent, datorită lipsei dinților din față, care permite fixarea limbii între ei,

determinând o împrăștiere exagerată a aerului ce participă la emisie. De obicei, acest tip de sigmatism dispare odată cu creșterea dinților și se fixează ca defect cu semnificație logopedică, atunci când persistă prea mult în vorbirea copilului sau când există și alți factori determinanți. Asemenea situații pot genera instalarea unei deprinderi greșite de pronunție. La unii copii, sigmatismul interdental se poate datora și vegetațiilor adenoidice sau rigidității limbii, ca urmare a funcționării asincrone și a slăbiciunii mușchilor linguali, fenomen descris amănunțit de Froschels.

Sigmatismul lateral ia naștere prin ieșirea jetului de aer prin dreapta în loc să se producă prin mijloc, și poartă denumirea de sigmatism lateral dexter; ori spre stânga, când avem de-a face cu un sigmatism lateral sinister și, în fine, aerul iese bilateral, dând naștere sigmatismului bilateral. Adeseori, sigmatismul dexter și sinister se asociază cu o ușoară asimetrie facială a părții drepte și, respectiv, stângi.

Sigmatismul lateral se accentuează în raport cu retragerea comisurii bucale în direcția laterală stângă sau dreaptă. Un rol important în producerea sigmatismului lateral îl are pareza parțială a nervului hipoglos. În acest caz, siflantele, și în primul rând consoana s, sunt mai des afectate comparativ cu șuierătoarele.

Când vârful limbii se sprijină pe dinți și aceștia sunt prea apropiați, nepermițând aerului să iasă prin spațiul interdental, avem de-a face cu sigmatismul addental. Această formă de sigmatism apare frecvent ca urmare a neperceperii corecte a pronunției, determinată de hipoacuzii sau de deficiențe ale auzului fonematic, cât și datorită anomaliilor organice, ca spre exemplu, dentiția incorrect implantată și maxilar inferior sau superior exagerat de proeminent (prognatismul). În acest caz, sonoritatea sunetelor siflante este evident alterată, prin ieșirea aerului în formă de evantai, în loc de o concentrare a acestuia prin spațiul de mijloc al gurii.

Sigmatismul palatal se produce din cauza retragerii vârfului limbii mult spre bolta palatină. În felul acesta, apare un sunet fricativ sau șuierător: șală în loc de sală, jial în loc de ziar. Cauzele sunt aceleași ca și în cazul sigmatismului addental.

Dacă în sigmatismul addental, sonoritatea sunetelor este tulburată, în altă formă de sigmatism, și anume în cel strident, sonoritatea siflantelor este, dimpotrivă, prea mare, articulația devine atât de puternică încât supără pe ascultător, în cazul dat, depășind pragul obișnuit al intensității. Pronunția se poate compara cu vorbirea

persoanei care apropie prea mult microfonul de buze sau când acesta este dereglat. Datorită unor deficiențe ale aparatului auditiv intern, sigmaticul respectiv nu-și dă seama, în toate situațiile, de deficiența sa, și printr-un efort sporit amplifică dificultatea ce o are.

Sigmatismele labial și labio-dental se întâlnesc mai rar în practica logopedică. În primul caz, pronunția se realizează cu participarea proeminentă a buzelor și fără sprijinul incisivilor inferiori, apărând un fel de ș sau f, iar în al doilea caz, producerea siflantelor se face cu ajutorul incisivilor superiori și a buzei inferioare care acoperă dinții inferiori.

Atunci când palatul moale, din cauza unor deficiențe, nu-și poate îndeplini funcția sa normală, apare sigmatismul nazal, care determină transformarea sunetelor siflante într-un fel de ng. În cazul acesta orificiul faringo-nazal nu se poate închide decât parțial (sigmatism nazal parțial) sau în situațiile mai dificile, jetul de aer se scurge numai prin nas (sigmatism nazal total). Acest fel de sigmatism este determinat de despicăturile palatale, de imobilitatea palatului ca, de exemplu, la un palat prea scurt sau ca urmare a unei operații. S. Borel-Maisonny descrie un sunet ce se realizează între coardele vocale, și care are o rezonanță guturală, purtând denumirea de sigmatism laringual.

Din punct de vedere ontogenetic, sunetul r apare, de obicei, în urma sunetelor siflante și șuierătoare, iar deformările, înlocuirile și omisiunile sale sunt frecvente, deoarece pronunția sa presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticulator și mișcări de sincronizare fină. Afectarea sunetului r se poate sesiza ușor în vorbire, întrucât acesta are o mare frecvență în cuvinte. Deformarea, omisiunea și inversarea sunetului cu un alt sunet se numește rotacism, iar înlocuirea sa cu un alt fonem, pararotacism.

Majoritatea copiilor antepreșcolari și preșcolari mici nu reușesc să pronunțe corect sunetul r, deformându-l, omițându-l sau înlocuindu-l, cel mai des, cu l sau cu alte sunete, ca d, h, v și mai rar cu i, u etc. În acest caz, nu este vorba de rotacism sau pararotacism (care ar necesita o intervenție logopedică); el se rezolvă de la sine, odată cu dezvoltarea aparatului fonoarticulator. Dacă omisiunea, inversarea, deformarea și substituirea lui r persistă și după vârsta de 3 ani, atunci se impun exerciții logopedice pentru corectarea rotacismului sau a pararotacismului.

De obicei, prezența rotacismului și a pararotacismului constituie un indiciu al existenței și altor tulburări dislalice, ca urmare

a mecanismelor complexe care participă la emisia sunetului r și care prin funcționare deficitară determină pronunțarea defectuoasă și a altor sunete dificil de pronunțat.

Frecvent, printre cauzele care determină apariția rotacismului și pararotacismului se numără unele anomalii anatomice sau funcționale ale limbii: construcția prea groasă a unor margini ale limbii și, ca urmare, subțierea exagerată a altora, frenul prea scurt sau prea mare al limbii, care nu permite mobilitatea necesară emisiei, macroglosia limbii, o inervație inadecvată a limbii și leziuni ale nervului hipoglos; defecțiuni ale boltei palatine, deficiențe ale auzului fizic sau fonematic; imitarea unor modele deficitare de pronunțare și, în fine, o serie de factori de natură psiho-socială, care duc la fixarea deprinderii greșite și care creează o serie de complexe ce se repercutează asupra întregii personalități.

Luând în considerație criteriul simptomatologic, cât și pe cel al etiologiei, literatura de specialitate înregistrează o gamă foarte mare de rotacisme (peste 30 de forme). Noi ne vom referi, însă, numai la cele întâlnite mai des, și care sunt specifice dislaliilor ce vorbesc limba română. Astfel, rotacismul interdental se produce prin vibrarea vârfului limbii, sprijinit pe incisivii superiori sau chiar prin atingerea de către limbă a buzei superioare. În acest caz, sunetul r se poate emite și lateral, datorită scurgerii aerului prin comisura bucală, ceea ce duce la sâsâirea sau șuierarea lui. Atunci când sunetul r se realizează prin vibrarea buzelor, iar limba are un joc ușor, apare rotacismul labial. În cazul când vibrează buza superioară, atingând incisivii inferiori ori vibrează buza inferioară prin atingerea incisivilor superiori, apare o altă formă de rotacism numită rotacism labiodental. Rotacismul apical se produce din cauză că limba este strâns lipită de alveole, în timpul pronunției, ceea ce nu-i permite vibrația necesară sau vârful limbii este curbat în timpul sprijinirii pe bolta palatină din care cauză vibrațiile nu apar în zona potrivită. În aceste cazuri, denaturarea sunetului r capătă caracteristica sunetelor fricative, sonore și afone. În altă formă de rotacism, și anume rotacismul velar, nu vibrează vârful limbii, cum este normal, ci vâlul palatin. Atunci când orificiul palato-faringian nu se închide complet, iar vibrațiile se realizează la nivelul părții posterioare a palatului moale și peretelui posterior al faringelui, se produce un r strident, cu caracteristici nazale, de unde denumirea de rotacism nazal. Când vibrația pentru producerea sunetului r se realizează cu ajutorul uvulei și nu prin vibrarea vârfului limbii sprijinit pe alveolele incisivilor superiori, se produce rotacismul uvular.

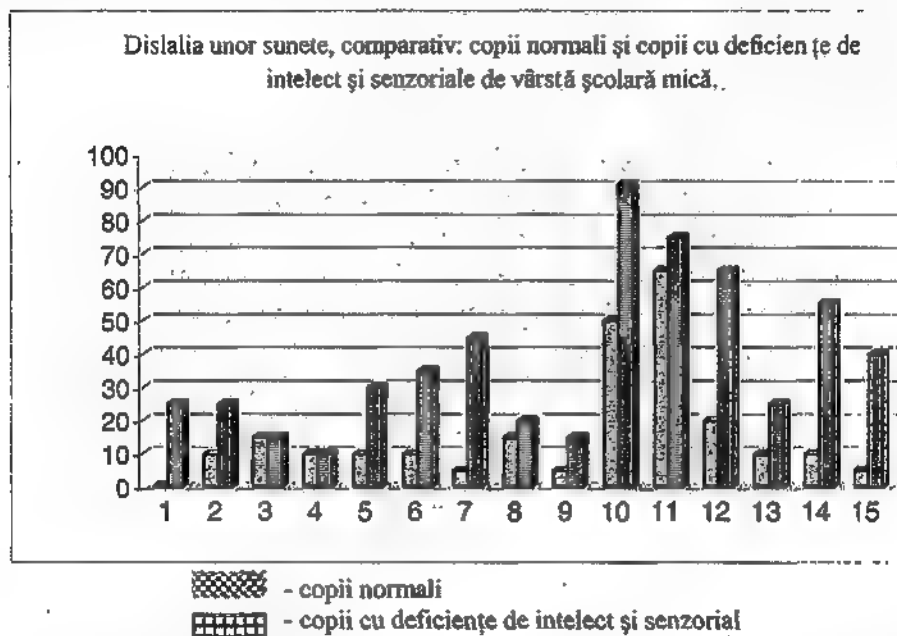
Acest fel de rotacism are o mare frecvență în limba română. Necorectarea la timp a rotacismului velar, nazal și uvular poate duce la instalarea unei fonastenii, din cauza încordării și efortului exagerat necesar în producerea formei deficitare. Frecvent, la dislaliei de limbă română, se întâlnește și rotacismul bucal, care ia naștere prin scurgerea aerului printre limbă și obraji ce intră în vibrație. În funcție de gravitatea afectării sunetelor, în emiteria cuvintelor care conțin asemenea sunete și chiar la nivelul formulărilor verbale se constată o vorbire mai puțin agreabilă, rezultată nu numai din deficiențele, respective, ci și din oscilațiile intensității, timbrului și guturalității intermitente.

În cadrul tulburărilor dislalice, pot apărea dificultăți și în emiteria altor sunete, dar cu o frecvență mai mică. Printre acestea, merită atenție lambdacismul și paralambdacismul, care constă în deformarea, omisiunea și înlocuirea sunetului l. În genere, aria de manifestare a lambdacismului este mai restrânsă, în comparație cu grupa sigmatismelor și rotacismelor. Se întâlnesc câteva forme mai frecvente, dintre care amintim: lambdacismul interdental, care se formează prin introducerea vârfului limbii între dinți, afectând, în special, sonoritatea sunetului; lambdacismul nazal, provocat de coborârea vălului palatin astfel încât facilitează ieșirea aerului prin nas (frecvent în despicăturile palatine); lambdacismul aфон, la care coardele vocale participă prea puțin sau deloc în emisia sunetului etc. În cadrul paralambdacismului, sunetul l este înlocuit frecvent prin dublarea vocalei care o urmează în cuvânt, dar și cu sunetele n, t, i, y, d, g, r.

Există și alte forme dislalice ca: betacismul și parabetacismul (când este afectat sunetul b); capacism sau paracapacism (când este afectat sunetul c); gamacism și paragamacismul (tulburarea sunetului g); deltacismul și paradeltacismul (tulburarea sunetului d); fitacism și parafitacism (tulburarea sunetului f); nutacism și paranutacism (tulburarea sunetului n). În literatura de specialitate, nu am întâlnit denumiri corespunzătoare pentru deformarea sau înlocuirea tuturor sunetelor.

De exemplu, deformarea și înlocuirea lui h este trecută în categoria gamacismului; afectarea sunetului t, la deltacism și paradeltacism; afectarea lui v, la fitacism și parafitacism, iar a sunetului m, la nutacism și paranutacism, dat fiind probabil, poziția asemănătoare a organului fonoarticulator în emisia sunetelor respective. Noi credem că este mai adecvată o terminologie

corespunzătoare pe care o propunem, și anume: pentru h – hamacism și parahamacism; pentru t – tetacism și paratetacism; pentru v – vitacism și paravitacism; pentru m – mutacism și paramutacism. La această grupă de sunete, tulburările respective se datorează, pe de o parte, nesincronizării expir-inspir și, ca urmare, scăderea articulației sau scurtarea anormală, în timpul emisiei, a sunetului, iar pe de altă parte, deficiențelor de rezonanță și sonorizare, ca și a deficiențelor de ocluziune. (Fenomenele reflectate, comparativ în imaginea de mai jos).



- 1) betacism; 2) capacism; 3) deltacism; 4) fitacism; 5) gamacism; 6) hamacism;
 7) jotacism; 8) mutacism; 9) nutacism; 10) rotacism; 11) sigmatism; 12) tetacism;
 13) vitacism; 14) zitacism; 15) lambdacism

În unele situații, dislalia se accentuează prin așa numitele deficiențe de sonorizare a consoanelor; în acest caz, dislalicul emite în locul sonorelor (d, b, v, g, j, z) perechile lor surde (t, p, f, c, ș, s). Fenomenul de înlocuire a consoanelor surde cu cele sonore se întâlnește mai rar și se manifestă în dislalia gravă, în disartrie, la hipoacuzici și debili mintal (unde sunt mai accentuate deficiențele auzului fonematic și tulburările motrico-kinestezice, care împiedică sincronizarea funcțională a aparatului de emisie).

Este știut că tulburarea pronunției vocalelor are loc foarte rar, când subiectul posedă un auz normal și nu există anomalii ale aparatului bucal. Vocalele sunt evident denaturate în unele forme de dislalie polimorfă, în disartrie, în alalie, în hipoacuzie și la cei cu retardări în vorbire. Existența tulburărilor vocalice poate constitui un indiciu pentru prezența și a altor defecte sau a unor anomalii funcționale.

În unele situații, și în special la copii, apare o pronunție relativ corectă a sunetelor izolate, dar la nivelul silabelor și cuvintelor se constată unele denaturări prin substituirea, omisiunea sau inversarea sunetelor. Desigur, asemenea denaturări apar în cazul anumitor cuvinte, în timp ce altele sunt pronunțate corect. În cazul unor asemenea tulburări, accentul și ritmul vorbirii sunt afectate în mod direct. Și unele tulburări în folosirea accentului, în special a ritmului, pot produce alterări ale sunetelor în silabe și cuvinte.

Denaturarea sunetelor în silabe și cuvinte, de către unii dislalici, se datorează, în genere, neînțelegerii semnificației cuvintelor și neperceperii lor corecte din punct de vedere auditiv. În situații dificile, cuvântul nu este recepționat ca un tot și nu se realizează ordinea sunetelor în cuvinte. Toate acestea pot fi puse, în primul rând, pe seama deficiențelor auzului fonematic. Subiecții cu astfel de tulburări analizează greu structura fonematică a cuvintelor și confundă ușor, sunetele care se aseamănă atât acustic, cât și articulatoriu.

2. *Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de intelect*

Învățarea limbajului de către debili mintal se face cu mai multe dificultăți în comparație cu normalii. Adeseori, debili mintal au posibilitatea să învețe formule stereotipe, în scopul unor conversații simple, dar nu sunt capabili să utilizeze lanțuri complexe, coerente și logice pe versantul formulărilor verbale de tip narație încheată. Situația este tot mai dificilă, pe măsura accentuării deficitului de intelect (cum este cazul la deficienții sever și profund). O serie de expresii lingvistice de tip argou și le însușesc mai ușor și în mod spontan. Expresiile verbale nu se desfășoară după o anumită logică și din cauza faptului că asociațiile (în planul ideal) nu sunt conștiente pe

deplin și nu reușesc să se extindă asupra unor realități largi și complexe. Desigur, nu toate tulburările vorbirii sunt cauzate de deficiența mintală, dar multe dintre acestea pot fi asociate cu debilitatea mintală. Cauzele care au provocat debilitatea mintală pot determina și o serie de anomalii ale auzului, spasticitate, ceea ce influențează producerea și recepția limbajului. În cazul acesta, handicapurile de limbaj se asociază cu debilitatea mintală, dar nu sunt produse de ea.

În activitatea cu debilii mintal se confirmă ideile lui R. West, L. Kennedy și A. Carr, cu privire la varietatea formelor de limbaj tulburate. Astfel, dintre formele limbajului, provocate de debilitatea mintală, cele mai frecvente se referă la modul defectuos în folosirea regulilor gramaticale, atât în limbajul scris, cât și în cel oral, la conținutul celor exprimate, când se vehiculează, mai mult, cu noțiuni concrete și când nu au la bază asociații de idei, la un vocabular sărac, atât din punct de vedere calitativ, cât și cantitativ, la pronunția confuză și defectuoasă etc., din cauza deprimărilor determinate de insuccesele repetate. La debilul mintal, pe plan intern se produc o serie de modificări cu influențe negative și care determină apariția unor tulburări de natură psihologică.

O caracteristică evidentă a vorbirii debililor mintal constă în imaturitatea ei, fenomen ce se accentuează, pe de o parte, în funcție de gravitatea deficienței intelectuale, iar pe de alta, în funcție de vârsta lor cronologică. Așa, de pildă, la handicapării sever și profund (în marea lor majoritate a sindroamelor handicapului de intelect), imaturitatea vorbirii este atât de pregnantă încât, în cele mai fericite cazuri, se poate asemana cu manifestarea verbală a copiilor normali de 1-2 ani. Dacă la vârstele mici ale debililor mintal imaturitatea vorbirii nu pare atât de evidentă și se pot găsi mai multe elemente comune atât în vorbirea lor, cât și a copiilor normali, diferențele se accentuează, iar limbajul debililor devine tot mai lipsit de maturitate în raport de vârsta acestora. Tot în funcție de aceste situații, vorbirea deficienților de intelect este lipsită de precizia necesară și apar fenomene care denotă lipsa intensității și a tonusului adecvat sau, dimpotrivă, tonus și intensitate exagerate, cu timbru dezagreabil.

Încă de la începutul învățării vorbirii, la copilul debil intervin o serie de dificultăți în observarea exactă a modului cum se produce pronunția pentru a o putea imita corect. Cu timpul, vorbirea debililor mintal devine neclară, confuză și aceste caracteristici se accentuează, ca urmare a neconștientizării tulburării și a agitației psihomotorii sau a

tonusului scăzut. Dacă în emiterea unor cuvinte se manifestă o neclaritate mai puțin evidentă, în propoziții și fraze, confuzia este mai pronunțată, deoarece folosirea lor implică o activitate de gândire profundă și vehicularea unor informații complexe.

Trebuie subliniat că unul din simptomele debilității mintale este și slaba dezvoltare a vorbirii, precum și prezența unor tulburări dislalice care au un caracter persistent. Deficiențele de limbaj ale debilului mintal, printre care și dislalia, nu dispar decât în urma unei activități logopedice susținute. Marea majoritate a deficiențelor de limbaj se datorează insuficienței intelectuale, analizei și sintezei deficitare, incapacității de a efectua generalizări, abstractizări și comparații între fenomenele realității înconjurătoare.

Cunoașterea unor particularități ale limbajului debilului mintal prezintă o deosebită importanță teoretică și practică. Așa cum subliniază J. Piaget, prin intermediul limbajului, copilul are posibilitatea să evoce situații anterioare sau viitoare și, prin aceasta, să stimuleze inteligența. G.A. Miller subliniază ideea că finalizarea gândirii este în funcție și de actele simbolice. Dacă deficiența intelectuală poate determina o serie de tulburări ale limbajului, la rândul lor, acestea influențează producția inteligenței. În cazurile grave, ca de pildă în pierderea semnelor limbajului, se produce un vid mintal asemănător cu starea în care se găsește copilul înaintea dobândirii limbajului (A. Busemann, 1966).

La debili mintal, există o proporție ridicată și variată a tulburărilor de limbaj, fapt ce influențează nu numai comunicarea și recepționarea limbajului, dar și operarea în planul mintal. O serie de autori se referă la deficiențele de limbaj specifice debilului mintal. Astfel, Arnold (1959) afirmă că există 45%- 55% de logopați printre oligofreni. În descrierea defectelor de vorbire, West, Kennedy și Carr evidențiază existența unei voci slabe, a unei vorbiri total sau parțial neinteligibile, ca urmare a articulației defectuoase, cât și a deficiențelor gramaticale, sintactice și semantice. În același timp, ritmul, debitul, intensitatea și timbrul vorbirii sunt dezagreabile.

Și din cercetările efectuate la noi, în școlile ajutătoare, rezultă un procent ridicat al tulburărilor de limbaj. Astfel, Gh. Radu (2000, pag. 200-201) constată că din totalul elevilor investigați 57% prezintă tulburări de limbaj, iar din acestea, tulburările de pronunție ocupă proporția cea mai mare. În paralel, se constată o scădere a tulburărilor respective, pe măsură ce elevii înaintează în vârstă și clase; de la 57% la clasa I, la 16 % în clasa a VI-a. Faptul se explică atât prin

contribuția activităților logopedice și a procesului de instrucție, în general, la corectarea tulburărilor de limbaj, cât și prin tendința de maturizare a organelor fonarticulatorii și a motricității fine implicate mai cu seamă în desfășurarea scrisului. La debilul mintal, tulburările de limbaj nu sunt izolate; în cele mai multe cazuri, ele sunt asociate nu numai cu deficitul de intelect, ci și cu cele legate de motricitate și psihomotricitate. De altfel, deficiențele motricității și psihomotricității însoțesc tulburările de limbaj și pe fondul intelectului normal, iar corectarea acestor dificultăți se realizează mai ușor, în paralel, și cu rezultate mai bune în recuperare (I. D. Radu, 2000, D. Carantină, 2002). De aici, rezultă și o serie de sarcini speciale și relativ diferite pentru cabinetele logopedice destinate corectării limbajului copiilor cu intelect normal față de cele care funcționează în cadrul școlilor ajutoare, sarcini pe care le-am analizat într-un studiu anterior, împreună cu Gh. Radu (1988). În acest sens, trebuie subliniat că o activitate recuperativă eficientă, printr-o terapie complexă, presupune colaborarea mai multor specialiști: logoped, kinetoterapeut, asistent social (E. F. Verza, 2002).

Dislalia debilului mintal se prezintă sub forma unei game foarte largi, deoarece omisiunile, înlocuirile, confuziile și deformările se produc fără nici o regulă, ci întâmplător. Deși la deficienții de intelect găsim, în general, aceleași forme ale dislaliei descrise la normali, complexitatea și labilitatea lor este mai accentuată. Într-o cercetare anterioară am constatat că printre cele mai frecvente deficiențe de limbaj, la școlarii mici, se remarcă dislalia, bâlbâiala și disgrafia, iar la școlarii mari, cazurile de dislalie scad, menținându-se ridicat, în schimb, numărul disgraficilor și dislexicilor.

La debili mintal, la care sunt afectate căile centrale și nucleii responsabili în vorbire, avem de-a face cu dislalia centrală, a cărei simptomatologie este specifică disartriei. Natura disartrică a dislaliei centrale poate fi pusă în evidență mai ușor la adulți, în timp ce la copii se manifestă sub o formă mai atenuată. La unii debili de intelect, la care se găsesc și malformații ale organelor periferice de vorbire, dislalia devine tot mai complexă și prin prezența unei alte forme: dislalia mecanică sau disglosia (cum se mai numește). Frecvent, la această categorie de subiecți se asociază dislalia centrală cu cea mecanică, constituind o formă greu de corectat.

Dacă la copilul normal există o mai mare posibilitate compensatorie în procesul educării logopedice a vorbirii dislalice, prin preluarea funcțiilor organelor afectate de către traiectele sănătoase, la

deficientul mintal asemenea restructurări sunt limitate și de structurile anătomofiziologice ale sistemului nervos central, deficitare.

Elementele de perseverare, caracteristice pentru structurile mintale neevoluate, se manifestă și la nivelul limbajului. Perseverarea nu se limitează numai la nivelul sunetelor sau al silabelor cuvintelor. Prezența perseverării nu este un indiciu al tulburărilor de ritm, în cazul deficientului de intelect. În schimb, influențează recepția vorbirii și îi dă o notă dezagreabilă.

Studierea limbajului, ca mijloc și instrument al dezvoltării mintale, așa cum subliniază Vâgotski, sau ca reglator al comportamentului și activității voluntare, cum arată Luria, denotă că limbajul este privit ca o funcție integrată și integratoare la nivelul psihismului uman. Asemenea cercetări, efectuate, comparativ, la normali și la deficienți de intelect, pot contribui la elucidarea complexei probleme a naturii și rolului limbajului, pe de o parte, și a relațiilor dintre structurile nervoase superioare și funcțiile psihice complexe, pe de altă parte.

La debilizii mintal, la care sunt prezente și o serie de tulburări psihice, handicapurile de limbaj sunt mai accentuate și, în general, apar deficiențe atât pe linia limbajului expresiv, cât și a celui impresiv. După manifestarea unor crize, vorbirea acestora devine și mai confuză, ca urmare a repetărilor de sunete (în special cele de la începutul cuvintelor), dând impresia auditorului că sunt prezente tulburări de ritm. În fond, nu este vorba, însă, de bâlbâială, ci de o dislalie caracterizată prin perseverare în emisia sunetelor și chiar a cuvintelor.

3. *Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de auz*

Principala sarcină a educatorilor, care se ocupă de instruirea și educarea deficienților de auz, constă în formarea vorbirii și crearea posibilităților de învățare a limbajului verbal. Pentru aceasta, întregul proces de învățare organizată se bazează pe mimico-gesticulație, labiolectură și, în măsură mai mică, pe dactileme.

Gesturile pot fi naturale, artificiale și indicatoare. Fiecare din aceste categorii de gesturi se folosește în funcție de vârsta subiectului și de nivelul instrucției sale. Pornind de la înregistrarea gesturilor

copiilor, C. Pufan (1982), arată că modificarea gesturilor la surdomuți este influențată de limbajul verbal, de gesturile artificiale ale auzitorilor, de succesele reanalizate pe linia abstractizării și generalizării semnelor (fig.12 și 13).

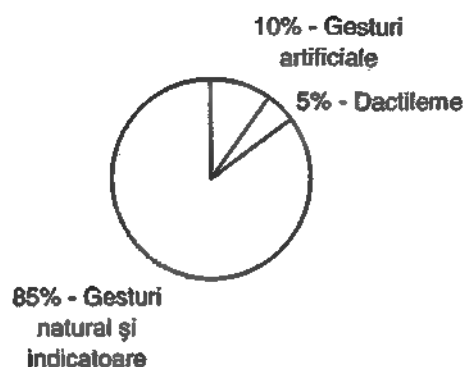


Fig. 12 Componenta comunicării surdomutului la vârsta de 6-7 ani (după C. Pufan)

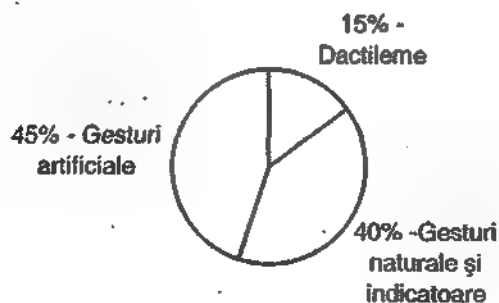
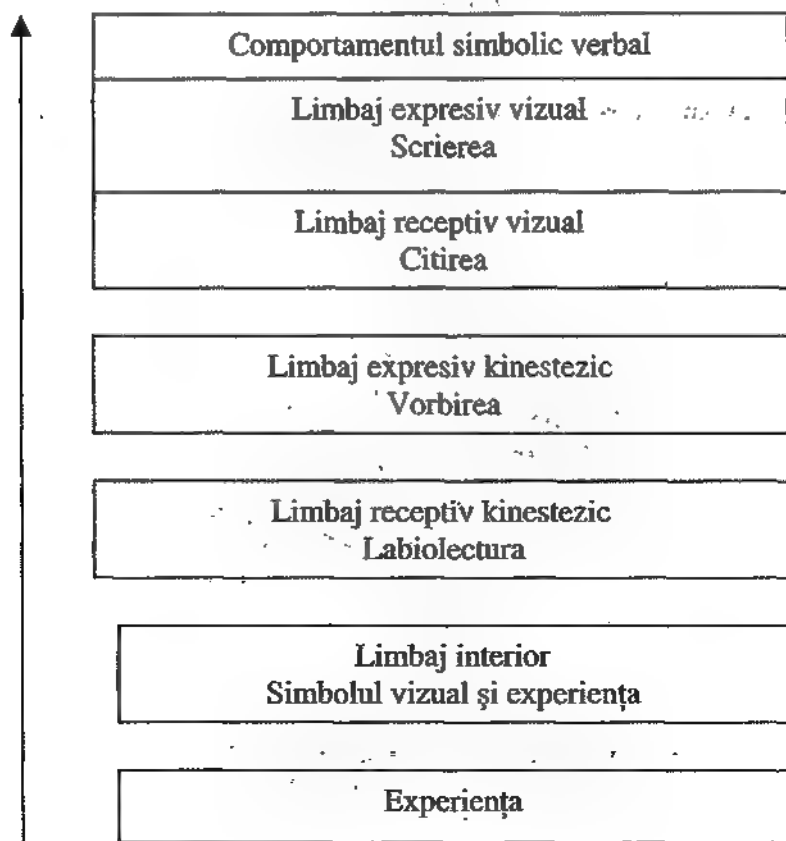


Fig. 13 Componenta comunicării surdomutului la vârsta de 25-30 ani (după C. Pufan)

Oricâtă perfecțiune ar atinge surdomutul în utilizarea limbajului mimico-gestual, prin intermediul acestuia nu-și poate exprima foarte nuanțat, complex și precis întregul conținut al gândirii, lucru care devine posibil numai prin limbajul verbal.

Semnalele transmise prin limbajul gesturilor se pot produce simultan, în timp ce semnalele sonore se produc totdeauna succesiv, și prin aceasta se asigură o mai bună discriminare a fonemelor și cuvintelor (E. Verza, 1977).

La începutul perioadei de demutizare, surdomutul folosește unele cuvinte însușite, dar pentru o exprimare mai bogată apelează la mimico-gesticulație, deoarece este stăpânită mai bine. Pe măsură ce cuvintele se consolidează, se îmbunătățește și pronunția. Cuvintele învățate iau locul exprimării prin gesturi. În formarea limbajului verbal, copilul deficient de auz parcurge o serie de etape, redată sintetic de Myklebust, în următoarea schemă:



Desigur, lipsa auzului își va pune pecetea asupra vorbirii și după perioada demutizării. S. Borel – Maissonny, caracterizând vorbirea neauzitorilor, arată că intonația, ritmul, debitul sunt deficitare, ceea ce influențează inteligibilitatea vorbirii.

Hipoacuzicii pot percepe, auditiv, unele sunete și cuvinte, ceea ce contribuie la formarea unui vocabular mai bogat și la folosirea corectă a cuvintelor în propoziții. Însușirea cuvintelor și automatizarea lor depinde de structura fonetică a cuvintelor, de utilizarea cât mai frecventă a cuvintelor în activități diverse, de gradul de accesibilitate a cuvintelor, de nivelul și de motivația pentru activitate.

Atât la surzii care folosesc limbajul verbal, cât și la hipoacuzici se creează un decalaj între vorbirea impresivă și cea expresivă, decalaj diminuat pe măsura însușirii și dezvoltării limbajului. Astfel, decalajul de la nivelul expresiei se reduce treptat, deși se mențin multe din dificultățile de exprimare și formulare verbală.

Deficiențele de auz, începând cu cele mai ușoare forme de hipoacuzie, pot provoca diferite forme de dislalie. În hipoacuzia ușoară, subiectul nu poate sesiza diferențele dintre unele sunete, în special ale celor din grupa siflantelor și a șuierătoarelor. În hipoacuzia accentuată, dislalia se extinde asupra majorității sunetelor. Unele profesii, exercitate într-un mediu prea zgomotos, pot duce la forme de paracuzie, prin lezarea celulelor auditive. În literatura de specialitate, tulburările determinate de anomalii ale auzului sunt cunoscute sub denumirea de dislalie audiogenă.

Se știe că activitatea analizatorului verbomotor este dependentă și de analizatorul auditiv, care joacă un rol important în dezvoltarea laturii fonetice a vorbirii. În general, auzul fonematic, specific pentru perceperea sunetelor vorbirii, apare și se dezvoltă, la copilul normal, înaintea dezvoltării capacității sale articulatorii. Distingerea de către copil a componentei fonetice a cuvintelor este esențială pentru dezvoltarea limbajului. În cazul unor deficiențe ale auzului, se creează mari dificultăți în însușirea vorbirii și în special a citit-scrisului. La copiii slab auzitori este foarte importantă perioada în care a survenit hipoacuzia, pentru dezvoltarea auzului, cât și pentru stabilirea diagnosticului (T. A. Vlasova, M. S. Pevzner, 1975, pag. 25). Când hipoacuzia se instalează de timpuriu, copiii respectivi pierd posibilitatea însușirii vorbirii în afara unor măsuri de instruire specială. Instalarea hipoacuziei, după însușirea aproximativă a

vorbirii, determină unele insuficiențe pe linia dezvoltării vocabularului și a posibilităților de pronunție a sunetelor și cuvintelor într-o manieră corectă și melodioasă.

Hipoacuzicii fac frecvente confuzii între consoanele sonore și cele surde, între siflante și șuierătoare, omit începutul sau sfârșitul cuvintelor, nă pot articula combinații de consoane, manifestă deficiențe în structura gramaticală a vorbirii. În vorbirea hipoacuzicilor, sunetele surde sunt și mai lipsite de sonoritate, căpătând caracterul vorbirii în șoaptă. Deși în limba română accentul cuvintelor este mai puțin sesizabil, el joacă, totuși, un rol important în precizarea sensului frazei. La hipoacuzici, fenomenul de accentuare a silabelor și chiar a cuvintelor se manifestă deficitar, în special prin nepronunțarea clară a terminațiilor. Nerespectarea accentului determină perceperea unei vorbiri nemelodice sau stridente. În comunicarea verbală, hipoacuzicii se sprijină și pe mimico-gesticulație. Ei caută, mai mult ca surdomuții, să găsească forme variate și noi elemente care să-i ajute în exprimarea gândurilor. Nici la surdomuți, mimico-gesticulația nu se manifestă identic la toți subiecții; ea suferă o serie de transformări, de perfecționări, cu scopul de a găsi cele mai adecvate forme de exprimare. Caracteristic pentru limbajul gestual al surdomuților este existența unei sintaxe aglutinate și a unor semne relaționale (P. Oléron). „În condițiile activității școlare, sub impulsul necesității de a înțelege și de a se face înțeles în ceea ce-și comunică, deficienții de auz acceptă, și, în același timp, abandonează anumite semne pe care cândva le foloseau, contribuind la formarea unui sistem mimico-gesticulator unitar.” (C. Pufan, 1972, pag. 71-72). Spre deosebire de surdomuți, hipoacuzicii comunică, în principal, prin limbaj. Odată cu învățarea citit-scrisului, gama comunicării verbale se diversifică și se nuanțează prin folosirea unui vocabular mai bogat și mai adecvat, dar și prin creșterea posibilităților de folosire corectă și coerentă a propozițiilor și frazelor.

În raport cu gravitatea hipoacuziei, anumite caracteristici dislalice se accentuează. Dintre acestea, cele mai frecvente sunt :

- 1) omisiunea unor sunete și, în special, a articolului;
- 2) omisiunea unor grupuri consonantice și chiar a unor cuvinte cu articulație complexă;
- 3) deteriorarea unor sunete și cuvinte care, în anumite situații, schimbă sensul contextului sau fac neinteligibilă vorbirea;

- 4) substituirea unor sunete prin altele, este un fenomen care se produce frecvent, iar mai rar are loc și substituirea unor cuvinte;
- 5) accentul cuvintelor se face la întâmplare;
- 6) multiplicarea anumitor sunete în cuvânt;
- 7) prelungirea unor sunete, dând impresia că sunt cântate;
- 8) introducerea unor sunete „parazite” în cuvânt (i, î) etc.

La surdomușii demutizați sau în curs de demutizare, toate aceste deficiențe dislalice, ca și alte tulburări ale limbajului, au o frecvență mult mai mare. Unele din ele dispar, pe măsura activității logopedice, dar și ca urmare a dezvoltării vorbirii. În aceeași ordine de idei, subliniem că la această categorie de subiecți, deficiențele de vorbire respective au un caracter mai rezistent la corectare, nu numai din cauza lipsei auzului, dar și a posibilităților reduse de analiză și sinteză a gândirii, a particularităților concret-intuitive ale gândirii. În general, la slab auzitori, însușirea sunetelor se face printr-un mare consum de energie. Mai ușor se realizează articularea sunetelor explozive, în timp ce sunetele fricative necesită o perioadă mai îndelungată de formare. De exemplu, sunetele s și ș se formează, adeseori, addental, fiind ca un ț. Alteori, sunetul s se formează palatal sau lateral.

Calitatea și cantitatea vorbirii slab auzitorilor depind și de aptitudinea individuală psiho-lingvistică, de gravitatea deficienței, de perioada în care a survenit deficiența. În literatura de specialitate, se apreciază de către diferiți autori că anul al șaptelea al vieții se află la graniță. Copiii care au pierdut auzul mai de timpuriu își pierd vorbirea. Dacă pierderea auzului survine după această vârstă copilul păstrează vorbirea, dar apar o serie de tulburări ale pronunției și dificultăți în însușirea limbajului.

În procesul instructiv-educativ de formare și dezvoltare a vorbirii, surdologia din țara noastră se bazează pe o serie de principii, privind ordinea de învățare a fonemelor în timpul demutizării (V. Târdea, 1974, pag. 69). Acestea sunt:

- respectarea principiului de dezvoltare naturală a vorbirii;
- respectarea accesibilității, adică a învățării gradate, de la sunetele, care se pronunță ușor, la sunete, cu o pronunțare mai dificilă;

- respectarea particularităților fiziologice și fonetice caracteristice pentru pronunțarea fiecărui sunet, în așa fel încât fiecare sunet însușit să poată constitui un ajutor în elaborarea sunetului următor;
- respectarea însușirii sunetelor în succesiune, ca, de altfel, și în învățarea cuvintelor și a propozițiilor.

La învățarea limbajului oral și scris, un rol important îl are și abilitatea subiectului de a folosi corect dactileme. (fig. 14a. și 14b.) C. Pufan apreciază că numărul dactilemelor este relativ la fel cu cel al grafemelor, dar mai mic decât al fonemelor, iar I. Stănică (2001) este de părere că pentru unele grafeme, cum ar fi v, m, n, c, l, o, v semnul poate exprima exact forma acestora, în timp ce pentru alte grafeme (a, î, p, r, j etc.) semnele sunt parțial convenționale.

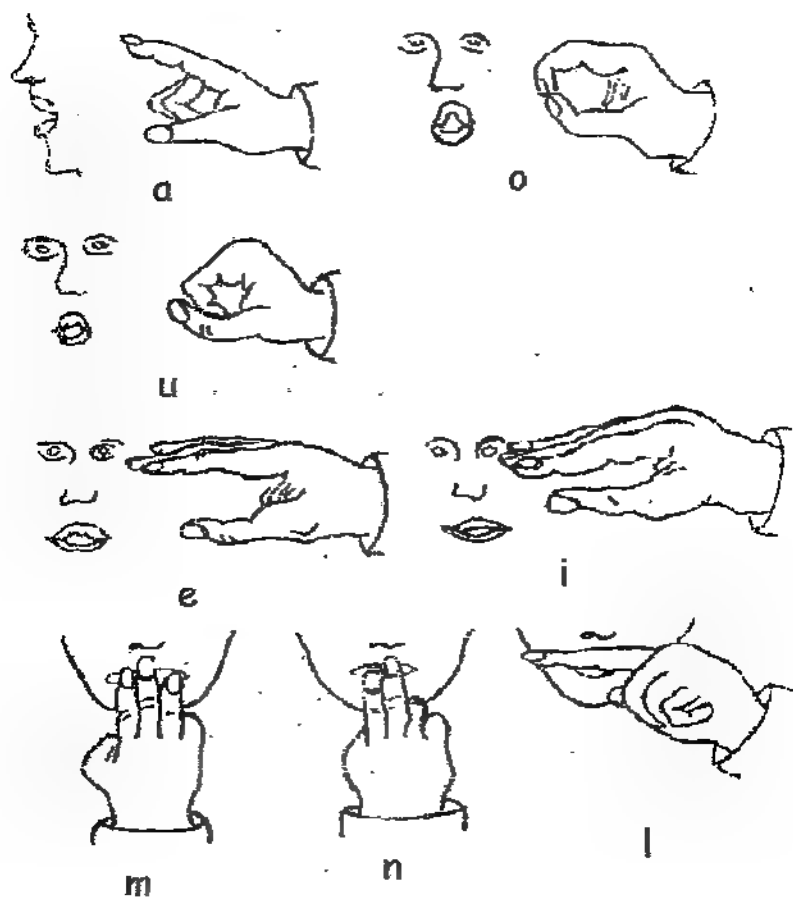


Fig. 14a.

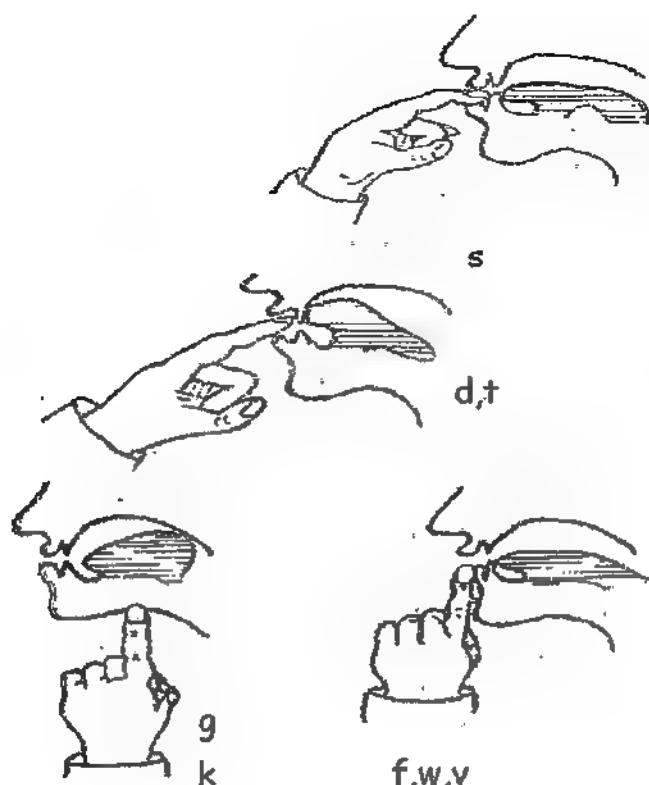


Fig. 14b.

În învățarea vorbirii de către surzi și hipoacuzici este necesar să se corecteze tulburările pronunției, îndată ce ele apar, pentru a nu se crea condiții favorabile de formare a unor automatisme deficitare. În felul acesta, se stimulează vorbirea și se influențează, pozitiv, dezvoltarea personalității.

4. *Specificul tulburărilor dislalice la deficienții de vedere*

Având în vedere integritatea analizatorului verbomotor și auditiv la deficienții de vedere, tulburările dislalice se manifestă într-o proporție mai mică, în raport cu alte categorii de deficienți, iar

comparativ cu subiecții cu intelect normal dezvoltat și fără deficiențe senzoriale, la ambliopi și, mai cu seamă la orbi, tulburările limbajului se mențin într-o proporție mai ridicată. Dintre acestea, tulburările de pronunție sunt cele mai frecvente. Dacă limbajul scris-citit în Braille a constituit obiectul de studiu al multor cercetări, vorbirea orală și tulburările ei au fost abordate în mod sporadic.

Deficiența de vedere determină o serie de caracteristici, în formarea și dezvoltarea limbajului. Printre cele mai importante sunt următoarele:

- 1) în dezvoltarea limbajului, se manifestă un ritm lent, ceea ce face ca în perioada antepreșcolară și preșcolară vorbirea copilului să fie săracă, vocabularul redus și cu multe imprecizuni în pronunțare;
- 2) exprimarea verbală nu este însoțită și susținută, în mod adecvat, de mimico-gesticulație, că element ce accentuează expresivitatea comunicării;
- 3) deficiențe în recepția și înțelegerea unor nuanțări ale limbajului, ca urmare a imposibilității perceperii vizuale a mijloacelor de exprimare a mimico-gesticulației;
- 4) slaba funcționalitate a legăturii dintre imaginile obiectelor și noțiunile care le desemnează, ceea ce face să se folosească cuvinte ale căror conținut și sferă să nu coincidă cu imaginea concretă (W. Roth, 1973, pag. 150).

Tulburările de pronunție ale ambliopului și nevăzătorului pot fi determinate de aceleași cauze care acționează și în cazul normalului. În plus, cauzele care provoacă deficiența vizuală pot avea influențe negative și asupra dezvoltării limbajului. Pe lângă acestea, imposibilitatea imitării vizuale a mișcărilor articulației generează lipsa de sincronizare și modulare corectă a aparatului fonoarticulator, specific pronunțării sunetelor. Sunt afectate, în primul rând, acele sunete care presupun mișcări organice fine: r, l, s, ș, z, j, f, v, p, b, m, n etc. Fenomenul cel mai frecvent întâlnit, la ambliopi și orbi, în cadrul tulburărilor dislalice, este acela al deformării sunetelor și al omisiunii lor. Omisiunile apar, într-o proporție mai mare în grupările bi- și triconsonantice, ca de exemplu, cr, șt, mn, rg, srt, ltf, ltm. Substituirile se produc mai des la nivelul silabelor, al diftongilor și triftongilor. Cele mai frecvente substituiții sunt de tipul: r-l, c-g, f-v, s-ș, ș-z, s-j, f-p, ghe-ge, m-n, c-t, v-b etc. Tot atât de frecvent apar, în vorbirea nevăzătorilor și a slab-văzătorilor, adăugirile de sunete la nivelul

cuvintelor, fenomen întâlnit rar în limbajul normalilor. Vocalele - în special i și î, - sunt adăugate la sfârșitul cuvintelor. Atunci când conținutul celor exprimate este mai dificil sau când deficientul nu înțelege destul de bine noțiunile cu care vehiculează și nu le poate raporta la imaginea concretă, în vorbirea sa apar o serie de cuvinte parazite și/sau repetări de sunete. Accentuarea dislaliei silabelor și a cuvintelor determină dificultăți sporite în înțelegerea vorbirii persoanelor din jurul lor, pe de o parte, iar pe de alta, exprimarea și inteligibilitatea devin greoaie.

Slaba dezvoltare și tulburările vorbirii sunt consecința unor condiții psihologice și sociale. Lipsa de stimulare sau slaba preocupare a familiei pentru dezvoltarea vorbirii copilului face ca la intrarea în școală să nu dispună de sistemul fonetic al limbii. În asemenea situații, sunt necesare măsuri psihopedagogice speciale care să fie corelate cu preocuparea susținută pentru îmbogățirea experienței practice a copilului, a percepțiilor, a reprezentărilor și a imaginației. Pentru aceasta, este nevoie de pricepere și de tact pedagogic, astfel încât să se creeze, la copil, condiții interne favorabile, necesare pentru a-l face să trăiască, afectiv-emoțional pozitiv, succesul și să-i stimuleze interesul de a folosi vorbirea. Colectivul de copii este mediul cel mai adecvat, atât pentru stimularea vorbirii și învățarea ei, cât și pentru refacerea încrederii în propriile forțe, pentru dezvoltarea personalității.

La ambliopi, dar mai cu seamă la nevăzători, tulburările limbajului sunt mai frecvente în sfera scris-cititului, chiar dacă aceștia învață în Braille. Unii autori citează pentru slab văzători 6,7% logopați, în școala primară, 7,8 % în școlile speciale de orbi și 20 %, în rândul nevăzătorilor de vârstă preșcolară. Alți autori indică cifre mult mai mari ale tulburărilor de limbaj printre nevăzători. Astfel, S. M. Stinchfield, într-o cercetare pe o populație de 404 elevi din două școli de orbi din S.U.A., a depistat 49% logopați, în majoritate dislalici; G. Lux a depistat, din 87 de orbi, 44 de elevi cu sigmatisme, și 16 care nu puteau diferenția sunetele m-n. A. Peiser arată că în școlile de orbi din Germania există subiecți logopați în proporție de 8,3 % până la 32,5 % și, în fine, W. Elstner găsește, la Școala de orbi din Viena, 39 de elevi cu tulburări de limbaj din totalul de 90 de elevi. Dintre cei cu logopații, majoritatea aveau tulburări de vorbire cumulate; 80% din ei erau dislalici.

La noi, există o statistică efectuată de W. Roth și E. Neagu pe un lot de 219 copii de grădiniță, din școala generală și de la liceul din Cluj-Napoca. Se constată, cu acest prilej, că, la 20 de copii în vârstă

de 5-10 ani, există 80% tulburări ale vorbirii; la 83 de elevi din clasele I-IV, în vârstă de 7-14 ani, apar, la 28,91 % defecte de vorbire; la 117 elevi din clasele V-X, în vârstă de 12-22 ani, apar 15, 51 % tulburări de vorbire. Autorii își explică reducerea tulburărilor de vorbire, la copiii școlari, prin contribuția procesului instructiv-educativ la formarea unei pronunții corecte.

Cele mai numeroase dificultăți de pronunție, dublate de o slabă dezvoltare a vorbirii, apar la nevăzătorii congenitali și la cei care și-au pierdut vederea la o vârstă timpurie. Aceasta poate determina luarea în considerație a importanței factorului vizual în formarea pronunției corecte și sublinierea faptului că integritatea acestuia influențează pozitiv dezvoltarea limbajului, nu numai a celui scris și citit, dar și a vorbirii orale. Dacă avem în vedere și influența negativă pe care o exercită deficiențele asupra personalității subiectului și dacă înțelegem rolul important pe care îl joacă personalitatea armonios dezvoltată în însușirea vorbirii, atunci putem să ne dăm seama de ceea ce înseamnă integritatea funcțiilor senzoriale pentru dezvoltarea întregului psihism uman.

Lipsa totală sau limitarea percepției vizuale nu permit reactualizarea reprezentărilor mișcărilor fonoarticulatorii necesare pronunției. Orbii congenitali își formează imagini mintale ale aparatului articulator pe baza analizatorilor tactil-kinestezic și auditiv care, la început, nu sunt suficient de dezvoltate și nu pot compensa lipsa vederii. Cu timpul, percepția tactilă devine principala modalitate care furnizează informații cu privire la mișcările aparatului articulator. Dar pentru fixarea unor imagini unitare, de sinteză, percepția tactilă trebuie organizată și dirijată astfel încât să se desfășoare succesiv și selectiv.

Percepția vizuală joacă un rol important și în percepția vorbirii. Deși principala modalitate de recepție a vorbirii este cea auditivă, s-a dovedit, experimental de către o serie de autori (Pollack, Sumby, O'Neill, M. Durand), că observarea feței vorbitorului și a mișcărilor buzelor acestuia prezintă o deosebită importanță pentru identificarea și discriminarea fonetică și a conținutului semantic (P. Fraisse, J. Piaget, 1972). Este un fapt de necontestat că expresivitatea feței, mimica, pantomimica, gesturile, care însoțesc vorbirea, fie că ajută la exprimarea conținutului, fie că dau sensuri noi comunicării cuprinse în vorbire.

Se știe că în ontogeneză există o legătură directă între dezvoltarea motricității și evoluția limbajului. Or, dezvoltarea

motricității se face într-un ritm lent, ca urmare a lipsei vederii. Vederea exercită o influență dominantă și integratoare asupra dezvoltării motricității generale și speciale (D. Damaschin). Datorită vederii, copilul are posibilitatea să imite o serie de mișcări și să-și controleze propriile sale acțiuni; printre acestea, mersul are o importanță deosebită. Prin urmare, vederea contribuie la organizarea mișcărilor, nu numai a celor generale, dar și la elaborarea unor acte de conduită motorie. Copilul nevăzător efectuează, cu greutate, mișcări fine ale aparatului fonoarticulator pentru pronunțarea corectă a sunetelor. Ca urmare a acestor condiții psihofiziologice, vorbirea copilului orb congenital apare cu câteva luni mai târziu față de vorbirea copilului normal. Hvatțev arată că la copilul nevăzător, mișcările mimico-gesticulatorii rămân în urma dezvoltării intelectuale, comparativ cu ale celui văzător și că, în general, orbii denaturează articularea, prin executarea unor mișcări inutile cu buzele, cu limba, cu fața. În producerea unor sunete, nevăzătorii se folosesc de mișcările altor organe decât cele obișnuite: sunetul l încearcă să-l emită cu ajutorul buzelor și nu cu limba, așa cum este normal.

În urma unei activități logopedice calificate, dislalia nevăzătorului se poate corecta, devenind o vorbire normală. În corectarea dislaliei la nevăzători și la ambliopi, un rol deosebit de important îl au procedeele generale, care pregătesc, din punct de vedere psihofiziologic, organismul pentru aplicarea metodelor strict logopedice. Metodele și procedeele descrise, pentru corectarea dislaliei normalului se pot aplica cu succes la orbi și la ambliopi, în scopul formării pronunției corecte și al dezvoltării vorbirii.

Capitolul VII

CONVERGENȚE ȘI DIVERGENȚE ÎN DISLALIE, RINOLALIE ȘI DISARTRIE



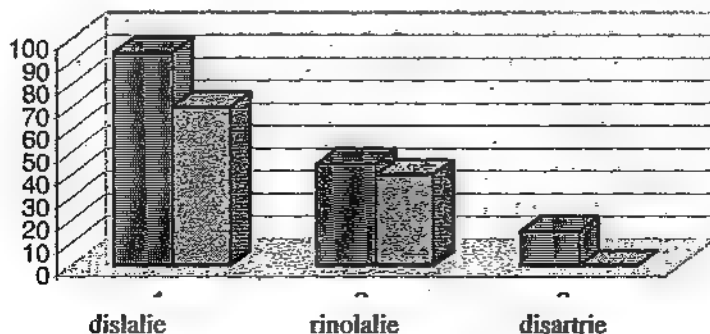
1. *Perspectivă generală asupra elementelor comune și specifice*

Atât în dislalie, cât și în rinolalie și disartrie, există o serie de elementele comune și altele specifice. Deosebirile și asemănările pot fi privite în două planuri: pe de o parte, din punctul de vedere al etiologiei, iar pe de altă parte, din punctul de vedere al simptomatologiei, al manifestărilor caracteristice dislaliei, rinolaliei și disartriei. Având în vedere aceste particularități, în literatura de specialitate, unii autori înglobează rinolalia și disartria în dislalie, în timp ce alții descriu trei tulburări de vorbire distincte. Ca atare, terapia dislaliei, rinolaliei și disartriei este fie comună, fie diferită, cu elementele generale predominante în corectarea tulburărilor de respirație și cu elemente particulare, în funcție de caracteristicile celor trei deficiențe. După cum rezultă din cele ce urmează, ca și din clasificarea tulburărilor de limbaj enunțate anterior, noi considerăm că, cele trei tulburări de pronunție sunt distincte, atât prin etiologie, cât și prin simptomatologie, cu toată existența unor elemente comune.

Dislalia și rinolalia le considerăm ca fiind două tulburări de vorbire cu elemente specifice, dar și cu o serie de aspecte comune, mai ales în domeniul articulării și emisiei sunetelor. Din punct de vedere etiologic, există factori care provoacă, în exclusivitate, rinolalia sau dislalia, dar sunt și o serie de cauze care determină atât fenomene dislalice, cât și fenomene rinolalice. Pornind de la aceste premise, metodele și procedeele de corectare a vorbirii dislalice se pot folosi

eficient și în activitatea cu rinolalicii, pentru înlăturarea tulburărilor de pronunție. În același timp (concomitent sau după corectarea fenomenelor dislalice), se pot utiliza metode specifice și pentru corectarea altor deficiențe caracteristice în rinolalie, pe care le vom evidenția în continuare. O situație similară apare între dislalie și disartrie, în ideea că și între cele două tulburări pot fi desprinse elemente comune și diferențiatore, atât pe planul etiologiei și al manifestărilor, cât și pe cel al terapiei logopedice, dar mai ales al impactului disartriei asupra evoluției activității psihice a subiectului. Pe acest plan, subliniem că sunt și unele diferențe, cu implicații fundamentale în definirea conceptelor de rinolalie și disartrie. Am putea aprecia că prin simptomatologia caracteristică, rinolalia face trecerea de la dislalie la disartrie și este chiar mai apropiată de aceasta din urmă. Totuși, în formele ușoare de rinolalie și disartrie este dificil de a trasa o linie de demarcație fermă între acestea și o dislalie, deoarece o primă caracteristică evidentă este aceea a existenței tulburărilor de pronunție (de emiterie, de articulație), localizate, în principal, la nivelul sunetelor, al silabelor și al cuvintelor, în funcție de gravitatea și extinderea dificultății respective. Tulburarea de pronunție devine deosebit de complexă în cazurile în care, la același subiect, sunt prezente toate cele trei tulburări sau unele manifestări, mai mult sau mai puțin parțiale, din fiecare, mai cu seamă, dacă acestea apar pe fondul unui handicap de intelect sau senzorial. (vezi imag. de mai jos).

Frecvența tulburărilor de pronunție la copiii de vârstă școlară mică, normali, comparativ cu cei cu deficiențe de intelect și senzoriale.



- copii cu deficiențe de intelect și senzoriale



- copii normali

2. *Relație și ierarhizare în rinolalie*

Am văzut care sunt principalele fenomene în dislalie, etiologia care o determină, cât și unele caracteristici comune cu cele ale rinolaliei. O serie de aspecte, dintr-o perspectivă similară, vor rezulta din analiza rinolaliei, la care ne vom referi în continuare. Același lucru îl vom face, în continuare, și în ceea ce privește disartria, pentru ca, în final, să abordăm metodele și procedeele cele mai adecvate folosite în terapia dislaliei, dar care sunt valabile și în corectarea pronunției deficitare în rinolalie și disartrie. Desigur, nu vom evita sublinierea și a unor procedee cu caracter particular pentru rinolalie și disartrie, mai ales că trebuie să se pună un accent sporit și pe stimularea activității psihice generale.

Pe lângă tulburările de pronunție specifice dislalicilor, în rinolalie există o serie de deficiențe, care constau în tulburarea rezonanței sunetelor și a vocii, cu caracteristici predominant nazale, care este cunoscută și sub denumirea de voce fonfăită. Nazalizarea vorbirii, a sunetelor în primul rând, este o caracteristică specifică rinolaliei. Așadar, în rinolalie, tulburările de fonație coexistă cu cele de articulație. Deficiențele vocii apar ca fenomene secundare în rinolalie și numai în cazurile grave.

Profunzimea tulburării și grupul de sunete afectate în rinolalie sunt în funcție de tipurile sau formele acesteia. Astfel, rinolalia se poate împărți în: **rinolalie apertă**, numită și deschisă, în care suflul aerului necesar pronunțării sunetelor se scurge pe cale nazală, **rinolalie clausa** sau închisă, când unda expiratorie, necesară pronunțării sunetelor nazale (m, n), este împiedicată să treacă pe cale nazală și se scurge pe traiectul bucal, și **rinolalia mixa**, sau mixtă, în care unda expiratorie se scurge alternativ pe cale bucală și pe cale nazală, fără să se țină seama de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

Rinolalia deschisă este determinată de o serie de malformații, localizate la nivelul vălului palatin sau de insuficiența dezvoltare a acestuia (ca urmare a unor boli infecțioase), de vegetații adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, care, în funcție de profunzimea și de întinderea lor, pot afecta în mod grav inteligibilitatea vorbirii.

Aceste cauze provoacă o *rinolalie deschisă de tip organic*, în timp ce *rinolalia deschisă de tip funcțional* este cauzată de

incapacitatea sau mobilitatea redusă a vălului palatin și a mușchilor faringo-nazali, care nu reușesc să realizeze închiderea necesară între cavitatea bucală și cea nazală. De asemenea, rinolalia deschisă funcțională mai poate fi provocată și de imitarea vorbirii unor persoane rinolalice, mai cu seamă la copii, în perioada de însușire a vorbirii, de neexersarea vălului palatin și a mușchilor, ca urmare a unor deficiențe ce au fost înlăturate (de exemplu, înlăturarea chirurgicală a vegetațiilor adenoide, a polipilor etc.). În cazuri mai rare, vorbirea rinolalică de tip funcțional poate fi determinată și de tulburări ale respirației, caracteristice bălbăiților și tahilalicilor, dar manifestările sunt ușoare și apar, în cele mai multe cazuri, ca fenomene secundare. Nu vom face analiza detaliată a acestor malformații congenitale și nici a altor cauze care se găsesc descrise amănunțit în literatura medicală și logopedică. Amintim numai ceea ce este absolut necesar pentru punerea în evidență a fenomenelor anunțate și înțelegerea locului ocupat de rinolalie în cadrul tulburărilor de pronunție.

Despicăturile palatine, care provoacă tulburări rinolalice cuprinse și sub denumirea de palatolalie, determină o nazalitate accentuată și o tulburare articulatorie pronunțată. Gutzman, Seeman, Hvatțev, Arnold sunt de părere că palatolalia este o dislalie mecanică în care predomină deficiențele în pronunțarea sunetelor. În această situație, vălul palatin nu-și poate îndeplini funcția de separare a cavității bucale de cea nazală și nici să închidă orificiul respectiv prin mișcări sincronice, ceea ce duce la schimbarea istmului velo-faringian și, prin aceasta, rezonanța sunetului este afectată. Astfel, apare nazalizarea. Spre deosebire de dislalie, în rinolalia organică, tulburările de pronunție se extind atât asupra consoanelor, cât și asupra vocalelor. În felul acesta, au loc deformări, substituiri, omisiuni de sunete cu un mare grad de labilitate. Consoanele explozive, dar mai cu seamă cele surde, sunt înlocuite cu sunete nedeslușite, care iau naștere prin participarea glotei sau mai exact printr-un „coup de glotte”. Mai puțin afectate sunt consoanele p și b, t și d, dar în multe situații b este înlocuit cu m, iar d este înlocuit cu n; t este omis. În palatolalie, consoanele orale se pronunță cu un accent nazalizat sau pur și simplu sunt omise din vorbire. Frecvent, sunt omise și consoanele c-g, acestea fiind înlocuite cu niște sunete asemănătoare celor parazitare din vorbirea normalilor (îi). Consoanele fricative sunt pronunțate cu un accentuat suflu nazal (deperdiție nazală), ceea ce duce la afectarea profundă a sonorității fricative, prezența

componentei nazale devenind supărătoare. Sunetele cele mai afectate, ca de altfel și în dislalie, sunt cele din grupa siflantelor, deoarece pronunțarea lor presupune o undă a suflului puternică și concentrată care nu se poate realiza din cauza scurgerii aerului prin cavitatea nazală. În cazul acesta, siflantele sunt omise, dând impresia că se „pierd” pe parcursul pronunției sau că sunt înlocuite cu un sunet „spart”.

Spre deosebire de această accentuată labilitate, caracteristică rinolaliei, când, de fapt nu pot fi prevăzute tipurile de manifestări (substituirii, omisiuni etc.), orice fiind posibil și chiar diferit de la un caz la altul, în dislalie, după cum s-a văzut, deformările, omisiunile, substituirile și chiar adăugirile se produc după unele reguli, cum ar fi:

- substituirea unui sunet cu un alt sunet apropiat, ca emisie, care presupune mișcări ale elementelor aparatului fonoarticulator relativ asemănătoare;
- deformarea sunetelor cu un grad mare de dificultate în emisie și o sincronizare mai deosebită între componentele aparatului fonoarticulator;
- omiterea sunetelor „dificile” și care apar mai târziu în dezvoltarea ontogenetică a copilului;
- omiterea, deformarea și substituirea sunetelor care se află în grupuri consonantice bi- și trisilabice;
- frecvent, dislalia se localizează la nivelul sunetelor, în timp ce rinolalia se poate extinde și la nivelul silabelor.

În rinolalia deschisă sunt afectate, mai mult sau mai puțin, și vocalele, în timp ce în dislalie, tulburările lor sunt rar întâlnite sau sunt neînsemnate. Cel mai profund sunt afectate vocalele î, i, u, iar cel mai puțin, vocala a. Prin tulburarea vocalelor, vorbirea devine deosebit de dezagreabilă, datorită prezenței accentului exagerat. S. Borel-Maisonny arată că prin aceasta, vocea capătă un timbru atât de neplăcut încât se poate compara cu pronunțarea dintr-un butoi.

În rinolalia deschisă, cel mai puțin sunt afectate sunetele m și n, deoarece pronunțarea lor normală se efectuează prin participarea preponderentă a căii nazale.

Fenomenele specifice rinolaliei organice deschise se întâlnesc și la rinolalicii de tip funcțional, numai că amploarea și gravitatea sunetelor tulburate sunt mai diminuate. În rinolalia deschisă funcțională, apar fenomene frecvente și inversări de sunete sau silabe, ca urmare a lipsei de sincronizare și precizie a aparatului

fonoarticulator în timpul emisiei. În dislalie, apar fenomene similare și datorită lipsei de exercițiu a aparatului fonoarticulator.

Spre deosebire de rinolalia deschisă, în rinolalia închisă sunt prezente, pe lângă tulburarea de pronunție și deficiențele de rezonanță nazală, în sensul lipsei rezonanței nazale, provocată de suflul de aer care nu poate parcurge cavitatea nazală. În cazul acesta sunt afectate, în primul rând, sunetele nazale (m și n), care erau mai puțin tulburate în rinolalia deschisă. Sunetele nazale, fie că sunt omise, fie că sunt substituite cu b și d. În rinolalia închisă de tip organic, unda expiratorie este împiedicată total sau parțial să iasă pe cale nazală, din cauza unor deficiențe ale cavității faringo-nazale provocate de vegetațiile adenoide, polipi, deviații de sept etc. După adenoidectomie se diminuează „sforăitul” nazal, dar se poate menține nazonarea sunetelor. Sforăitul nazal influențează pronunția majorității sunetelor și în special a celor siflante. Și hipoacuzia poate determina fenomene rinolalice, dar predomină tulburările de pronunție caracteristice dislaliei prin substituirea majorității sunetelor cu consoanele: p, b, v, g, s, j. Rinolalia închisă de tip funcțional apare în urma funcționării defectuoase a mușchilor sau a vălului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal în timpul pronunțării sunetelor nazale. Obişnuința și lipsa de exersare, ca și fenomenele de imitație și de lipsă a controlului auditiv, pot determina o vorbire cu caracter rinolalic.

Calea nazală poate fi blocată în zone diferite și, în funcție de această localizare, rinolalia închisă se clasifică în anterioară și posterioară. În rinolalia închisă anterioară sunt blocate narinele, astfel încât nazo-faringele nu poate comunica cu exteriorul prin intermediul cavității nazale. În această formă de rinolalie, principala caracteristică este aceea că sonoritatea sunetelor m și n apare foarte ștearsă. Profund afectată este și respirația, ceea ce influențează întreaga vorbire a rinolalicului. La blocarea nazo-faringelui apare rinolalia închisă posterioară. La subiecții cu o astfel de rinolalie, sunetele m și n sunt omise sau înlocuite. De obicei, înlocuirea lui m se face cu b, iar a lui n cu d. Respirația este tot atât de afectată ca și în cazul rinolaliei închise anterioare. Desigur, respirația deficitară influențează negativ și sănătatea subiectului (M. Sovak).

În rinolalia mixtă, întâlnim la același subiect atât fenomenele caracteristice rinolaliei deschise, cât și particularități ale celei închise, ca urmare a prezenței anomaliilor de închidere a căilor nazale sau a obstrucției acestora. Natura cauzelor care provoacă rinolalia mixtă poate fi organică sau funcțională. Ea poate fi determinată de

despicături congenitale, care se pot extinde asupra buzei, maxilarului și cavității nazale, de vegetațiile adenoide, de deviațiile de sept, de hipotonia velară funcțională etc. Există o mare labilitate în ceea ce privește sunetele afectate. Astfel, rinolalicul poate pronunța, relativ bine, într-o situație și poate deforma, substitui sau inversa același sunet, în altă situație. Vocea rinolalicilor din această categorie are caracteristici nazale, este lipsită de forță și dă impresia că se atenuează spre sfârșitul pronunțării cuvântului, deoarece scade intensitatea vocii. Sonoritatea deficitară, care provoacă tulburarea vocii, este numită de Hvattev „fonfăire” și se întâlnește nu numai în rinolalia mixtă, dar și în cea închisă sau deschisă, indiferent că este de natură organică sau funcțională.

Tulburările dislalice prezente în rinolalie au un caracter variat, datorită nu numai vârstei, nivelului de dezvoltare psihică și mediului socio-cultural în care trăiește logopatul, dar mai cu seamă sunt în funcție de cauza care a provocat rinolalia, de momentul intervenției medicale și de rezultatele ei, cât și de particularitățile de personalitate ale subiectului. Astfel, în același tip de rinolalie, la un subiect se pot întâlni forme ușoare și parțiale de omisiuni ale unor sunete (cum sunt cele din categoria siflantelor și fricativelor), în timp ce la alt rinolalic, cu același diagnostic, pot exista fenomene accentuate de paradislalie și diverse tipuri de deformări ale sunetelor (în primul rând ale labiodentalelor, siflantelor, fricativelor etc.), cât și omisiuni care fac vorbirea neinteligibilă.

În deficiențele anatomice, fenomenele principale care determină tulburările dislalice sunt: zgomotul anormal produs de glotă, suflul nazal în timpul pronunției, suflul răgușit și nazonarea sunetelor. Zgomotul glotic apare, mai ales, la rinolalii cu despicătură de vâl palatin și duce la afectarea consoanelor p, d, b, t, c, g, f, v, h, s, ș, z, j. Suflul nazal provoacă cele mai caracteristice fenomene dislalice și, ca urmare, majoritatea sunetelor sunt omise, deformate și substituite, cu excepția consoanelor nazale m și n. Prin suflul răgușit sunt omise, preponderent, consoanele (ș, s, f, j, ce, ci, ge, gi) și mai rar consoanele r și l. Nazonarea sunetelor determină o voce cu un aspect dezagreabil, caracterizată prin răgușeală, îngroșare și prin înfundare.

În cazurile când la același rinolalic sunt prezente toate cele patru caracteristici, vorbirea este profund alterată, iar înțelegerea ei devine imposibilă. Și mai grav este faptul că nici rinolalii respectivi nu reușesc să înțeleagă bine vorbirea persoanelor normale.

Terapia logopedică a rinolaliei poate fi începută și înainte de intervenția chirurgicală, dar rezultatele cele mai bune se obțin după ce a fost înlăturată sau ameliorată cauza care a provocat tulburarea de vorbire. Un rol deosebit de important îl are folosirea exercițiilor cu caracter general (care sunt descrise pentru corectarea dislaliei), pe care logopedul le folosește nu numai pentru pregătirea handicapatului, în vederea utilizării eficiente a metodelor și procedeele logopedice, dar și concomitent cu acestea. Așadar, se pot stabili etape (N. Toncescu) pentru corectarea rinolaliei: o primă etapă este cea pregătitoare, în care se vor aplica metode și procedee de pregătire psihică și fizică a handicapatului pentru activitatea logopedică; a doua etapă constă în crearea unui tonus afectiv favorabil corectării rinolaliei, iar în a treia, se fac o serie de exerciții logopedice, după principiul corectării dislaliei, pentru ameliorarea sunetelor afectate, ulterior consolidate în cuvinte. Într-o ultimă etapă, are loc exersarea sunetului corectat în propoziții și povestiri, în scopul automatizării și autocontrolului. Spre deosebire de dislalie, în rinolalie activitatea logopedică trebuie să înceapă din perioada formării vorbirii copilului. Este indicat ca la intrarea în școală, copilul să fie tratat nu numai medical, dar și logopedic, pentru a se crea condiții de dezvoltare armonioasă a personalității. Dacă din anumite motive, intervenția chirurgicală are loc mai târziu și vârsta subiectului impune etapele de parcurgere a constituirii și dezvoltării vorbirii, se poate interveni prin terapie logopedică și se poate continua, cu rezultate bune, după „repararea” sau ameliorarea medicală a deficienței aparatului de emisie. De remarcat că, perioada de vârstă, apreciată ca fiind cea mai potrivită pentru o intervenție chirurgicală, este diferită de la un specialist la altul. Aprecierile sunt atât de diferite, încât intervalul de vârstă cronologică variază între 1 ½ - 2 ani până la 11 - 12 ani. Rațiunile sunt legate de dificultatea unor astfel de operații, de rezistența subiectului la o asemenea intervenție, de necesitatea de a crea un aparat de emisie valid cât mai de timpuriu ș.a.

3. *Relație și ierarhizare în disartrie*

Și în cazul disartriei, ca și în cel al rinolaliei, sunt o serie de manifestări asemănătoare dislaliei, dar ele sunt mult mai accentuate, mai grave și cu implicații extinse în desfășurarea conduitei verbale.

Această situație este determinată de etiologia disartriei, în care se remarcă, pe prim plan, disfuncționalitățile căilor centrale și afecțiunile nucleilor nervilor care iau parte la desfășurarea actului de pronunție, apărute, frecvent, în urma unor boli ale creierului sau a leziunilor de la nivelul acestuia. Ca urmare a acestei etiologii, disartria mai este numită și dislalie centrală. Fiind atât de complexă, o atare etiologie, ca și efectele ei, nu se opresc numai la nivelul pronunției, ci perturbă întreaga comunicare, precum și disponibilitățile subiectului de mănuiere corectă a componentelor verbale. Astfel, la tulburările de pronunție, în disartrie se adaugă și dificultățile care determină o vorbire neclară și confuză prin prezența disritmilor verbale, a monotoniei, a rezonanței nazale, a distoniei, în care deficiențele vocii parcurg un traseu regresiv, odată cu înaintarea în vârstă. Ca o primă notă specifică disartriei, se poate remarca decalajul dintre vorbirea expresivă, ce este profund afectată, și vorbirea impresivă, care se conservă mai bine și care permite înțelegerea, relativ bună, a comunicării verbale.

Afecțiunile cerebrale produse la nivelul diferitelor zone și etaje ale creierului nu perturbă numai limbajul în sine, ci și toate elementele implicate, într-un fel sau altul, la producerea acestuia. Spre exemplu, mișcările fine și chiar grosiere nu au precizia și echilibrul desfășurării sincrone și economicoase, adecvate scopului urmărit. Mișcările aparatului fonoarticular, mișcările implicate în respirație și fonație, cele legate de kinestezia mâinii (cu implicații și în desfășurarea scrisului) etc, nu răspund eficient comenzilor centrale și nu pot fi controlate în toate împrejurările în care se impun, agravând neinteligibilitatea vorbirii disartricului. De cele mai multe ori, subiectul disartric este conștient de aceste dificultăți, ca și de cele care-i afectează vorbirea, ceea ce îl face să depună un efort mai mare pentru înlăturarea lor, dar, paradoxal, tensiunea psihică și neputința depășirii acestor dificultăți, determină accentuarea dereglajului verbal și psihoneuromotor.

Dată fiind existența unor tulburări de pronunție supradimensionate, diagnosticul diferențial, în disartrie, nu este atât de simplu cum pare la prima vedere. Nu este ușor de pus în evidență specificul afecțiunilor cerebrale și mai ales localizarea acestora la zone bine delimitate, implicațiile diferitelor segmente cerebrale în producerea procesului verbal, cât este afectată pronunția (specifică dislaliei) și alte caracteristici ale limbajului, ca urmare a acestora ce se regăsesc în categorii de tulburări diferite de cele de pronunție. De aici,

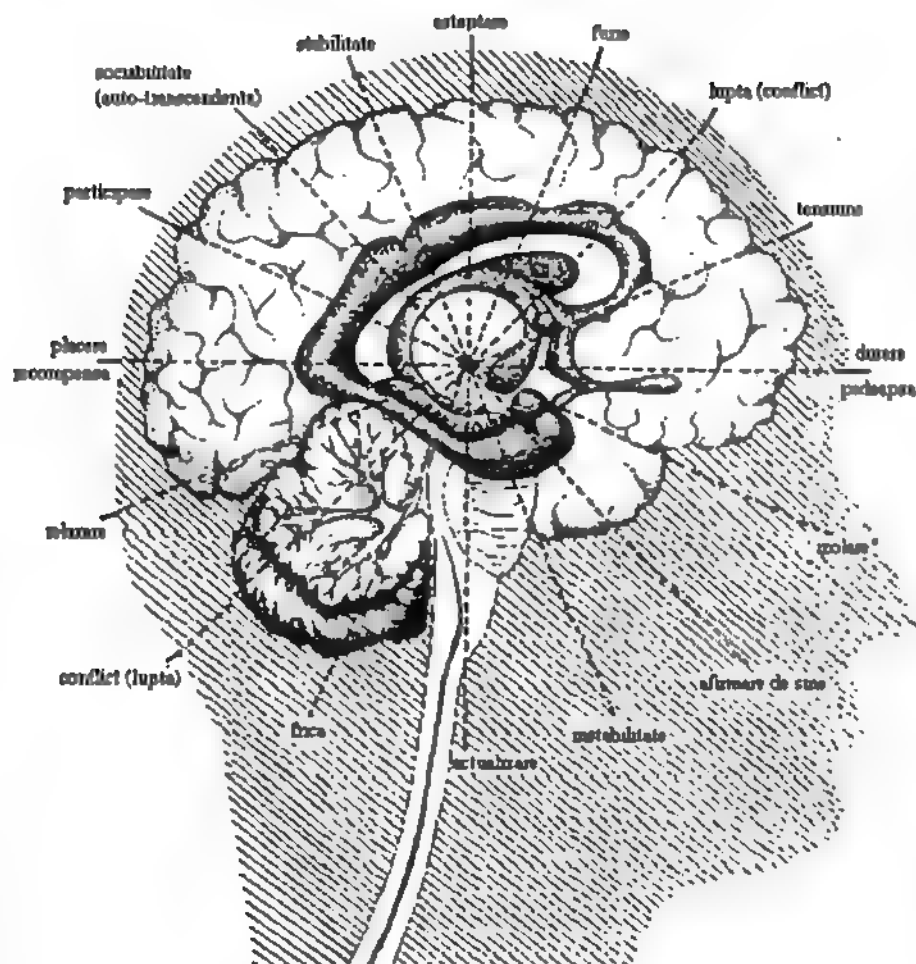
posibile confuzii între disartrie și retardul verbal al deficiențelor de intelect (unde poate fi o etiologie asemănătoare), dar mai ales confundarea cu afazia motorie și alalia, unde există și o simptomatologie apropiată ca formă de manifestare a dificultăților verbale și nu numai atât. Autori ca H. Gutzman (1911), iar mai târziu, Arnold și Leapedevski au făcut eforturi de definire a disartriei, prin relevarea nu numai a simptomatologiei caracteristice dislaliei, cât și prin sublinierea fenomenelor ce țin de deteriorarea inteligibilității, odată cu afectarea caracteristicilor generale în organizarea structurilor verbale. Pe acest plan, și în literatura de specialitate contemporană se evocă numărul relativ mare de nașteri a copiilor cu I.M.C. (infirmitate motorie cerebrală), paralizii cerebrale și care manifestă deficiențe complexe în palierele verbal, intelectual, senzorial și motric, determinând, astfel, confuziile între tipurile de deficiențe.

Pentru a depăși aceste dificultăți de delimitare a disartriei de alte categorii de tulburări ale limbajului și chiar de precizarea locului ocupat de aceasta în cadrul tulburărilor de pronunție, o serie de autori recurg la sublinierea „complicațiilor” psihice care pot fi generate de disartrie, sau, mai bine zis, de structuri neuropatologice specifice disartriei. Aceste caracteristici psihice însoțesc dificultățile verbale; între ele există o relație de intercondiționare, ceea ce înseamnă că, accentuarea și gravitatea produc efecte negative și în celelalte paliere. Acesta este și motivul pentru care putem vorbi de dificultăți generale ale activității psihice la disartrici și de tulburări ale componentelor legate direct de funcționalitatea psihică. În această ordine de idei, se disting următoarele categorii principale de disfuncționalități-tulburări psihice care însoțesc disartria:

- a. Retardul mintal; acesta poate fi grav, îmbrăcând forma unei deficiențe de intelect, dar mai frecvent, o întârziere mintală determinată și de lipsa limbajului și a comunicării, fără a fi o deficiență de tip oligofrenic. În acest ultim caz, subiectul face progrese și pe linie intelectuală, odată cu progresele înregistrate la nivelul limbajului și la nivelul întregii activități psihice. Totuși, trebuie subliniat că afecțiunile cerebrale, care generează fenomenul disartric, determină și alte deficiențe, inclusiv debilitatea mintală propriu-zisă. Unii autori (R. West, A. Carr, 1957) estimează existența debilității mintale la 30 % din totalul disartricilor, în timp ce restul sunt normali din punct de

vedere intelectual, iar o parte din aceștia se bucură chiar de o inteligență superioară.

- b. Tulburările senzoriale; se produc, fie prin lezarea centrilor nervoși, fie prin afecțiunea căilor senzoriale, care perturbă recepția și răspunsul adecvat la stimulii din mediul înconjurător. Ca atare, însușirea și manifestarea limbajului se realizează cu dificultate.
- c. Tulburările de motricitate și psihomotricitate ocupă un loc special în cadrul activității disartricului, ele fiind cele mai evidente și mai extinse după dizabilitățile verbale. Ca atare, este afectat mersul și mișcările generale de executare a unor acțiuni localizate la nivelul unor segmente ale corpului sau pot cuprinde întreaga motricitate. Mișcările fine, care se realizează sub un control central mai pronunțat, sunt cele mai afectate și cum ele sunt implicate în producerea diferitelor forme de limbaj, distorsiunile acestuia sunt direct proporționale cu tulburările psihomotricității. Spre exemplu, deficiența mușchilor aparatului fonoarticular, a celor intercostali și abdominali, a diafragmului și imposibilitatea coordonării lor de către etajele superioare ale creierului, determină dificultăți majore în emiterea sunetelor și, mai ales, a cuvintelor. În aceste condiții, fenomenele de spasticitate se extind și la nivelul kinesteziei mâinii, a falangelor îndeosebi, ceea ce determină dificultăți și la nivelul formării deprinderilor de scris.
- d. Tulburările afective au la bază lipsa de echilibru între excitație și inhibiție, ca și imposibilitatea stăpânirii acestor procese. Ca urmare, trăirile afective, emoțiile, afectele, dispozițiile și sentimentele etc. nu pot fi stăpânite, ceea ce face să nu corespundă neapărat factorului declanșator sau să se manifeste exacerbant în împrejurări neadecvate care nu pot fi desprinse din contextul general al acestor trăiri psihice, coordonate de centrii corticali superiori (vezi imaginea următoare). La acestea se mai adaugă și faptul că, de cele mai multe ori, disartricul este conștient de dificultățile ce le întâmpină, dar nu încearcă să le depășească și astfel, frământările și tensiunile interioare îi bulversează și mai mult planul afectiv.



- e. Tulburările psihosociale privesc dificultățile subiecților disartrici în adaptarea la mediul înconjurător și în formarea autonomiei personale. De cele mai multe ori, ei nu își pot forma deprinderi de autoservire și igienico-sanitare care să le confere independență față de cei din jur, nu își dezvoltă abilități practice de activitate profesională, deoarece dificultățile motricității depășesc posibilitățile lor de autocontrol.

» În altă ordine de idei, trebuie subliniat faptul că gravitatea acestor complicații psihice, ca și formele și simptomatologia disartriei, sunt influențate de factorii etiologici ce pot provoca leziuni de anumite profunzimi și întinderi diferite la nivelul sistemului nervos central. Astfel, putem vorbi de mai multe categorii de factori etiologici care, ca și în situațiile altor tulburări de limbaj, acționează în diferite etape ale devenirii subiectului:

1. În etapa prenatală pot acționa factori nocivi, de tipul infecțiilor virotice, boli ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, diabetul, iradierea radiologică, unele tulburări psihice grave ale gravidei etc. care au un impact mai mare asupra fătului, cu cât vârsta acestuia este mai mică.

2. În etapa perinatală, dificultățile sunt determinate de nașterile grele, prelungite și de asfixii, de prematuritate (nașterile cu mult înainte de termen și cu o greutate prea mică a fătului);

3. În etapa postnatală pot interveni și mai mulți factori negativi: stări grave de icter prelungit, stări convulsive, intoxicații cu substanțe chimice, apariția unor boli somato-psihice grave ș.a.

În raport de aceste cauze, se produc leziuni și paralizii centrale diferite, după care, în literatura de specialitate, sunt descrise mai multe forme de disartrie, dar noi ne vom referi la cele mai des invocate și cu frecvență mai mare:

1. Disartria corticală se produce prin apariția deficiențelor de la nivelul scoarței cerebrale, care pot avea la bază meningoencefalita, tulburări vasculare, traumatisme cranio-cerebrale; Acestea provoacă, în plan verbal, nu numai dificultăți de pronunție a sunetelor și cuvintelor, dar și accentuate tulburări de ritm și fluentă a vorbirii, de voce și de melodicitate a vorbirii.
2. Disartria subcorticală, în care predomină tulburările căilor extrapiramidale, de unde și existența unor subforme de disartrie piramidală și de disartrie extrapiramidală; Ele prezintă, în plan verbal, o simptomatologie relativ similară. Aceasta cuprinde, printre altele, tulburări de pronunție (în care se găsesc toate fenomenele de tip dislalic), vorbire de tipul rinolaliei, tulburări de voce, de ritm și de fluentă a vorbirii, retard verbal și dificultăți de comunicare prin mimică și gestică.

3. Disartria cerebeloasă, determinată de leziuni ale cerebelului și ale căilor cerebeloase. Vorbirea este afectată nu numai sub raportul articulației, ci și sub cel al intensității emiterii (poate fi prea slabă sau prea puternică), dar fundamental-reprezentativ pentru această formă de disartrie este vorbirea neclară, monotonă, bolborosită, greu de înțeles.
4. Disartria bulbară, caracterizată prin tulburările neuronilor motori și ai nervilor din bulb, are efecte negative în coordonarea mișcărilor limbii, a faringelui și a laringelui, a celor legate de respirație și de înervare a cavității bucale. Ca urmare a tulburărilor organice, se produc paralizii bulbare cu efecte dizgrațioase asupra mișcărilor faciale (ticuri, strâmbături, schimonoseli) care însoțesc vorbirea. În acest caz, dificultățile de pronunție sunt marcate, în primul rând, de afectarea sunetelor mai greu de pronunțat, cum este cazul siflantelor și suierătoarelor, a sunetului r, a celor labiale (p, b, m) și labiodentale (f, v) etc. Dar nu lipsesc și alte tulburări, cum sunt cele ale vocii, ritmicității și respirației.
5. Disartria pseudobulbară, este marcată de afecțiuni ale căilor cortico-bulbare, de unde și apariția de paralizii totale sau parțiale la nivelul buzelor, limbii, vălului palatin și a coardelor vocale. Ca urmare, vorbirea este tulburată sub aspectul pronunției, fonației, rezonanței, ritmicității și preciziei. În această formă de disartrie, sunt prezente și tulburări de coordonare a mușchilor și un dezechilibru pronunțat la nivelul sincronizării expir-inspir, afectând, astfel, și mai mult emiteria verbală.

O altă clasificare a disartriei este realizată de Morselli, în: organică și funcțională; În cele organice, se pune accent pe modificările de structură de la nivelul sistemului nervos central, iar cele funcționale țin de neurodinamica acestuia. Această clasificare este mai rar folosită, pentru că între cele două forme este dificil să se traseze o demarcație netă, atâta timp cât la același individ, afirmă R.E. Levina, se găsesc, în proporții diferite, și tulburări organice și funcționale.

În concluzie, sub aspectul vorbirii, în toate formele de disartrie, pot fi întâlnite incapacități totale sau parțiale care evoluează

de la o fenomenologie de tip dislalic, până la cea de tipul anartriei. La acestea, se adaugă și alte forme de tulburări ale limbajului și comunicării, atât sub raportul formei de manifestare (al expresiei), cât și sub raport semantic (al impresiei).

4. *Relația dintre tulburările de pronunție și tulburările limbajului citit-scris*

Tulburările limbajului scris-citit pot apărea și în lipsa deficiențelor de pronunție. Dar, la majoritatea dislalicilor, rinolalicilor și disartricilor apar fenomene de transpunere a omisiunilor, deformărilor și substituirilor din vorbirea orală și în vorbirea scrisă. În citit, fenomenele caracteristice tulburărilor de pronunție se reflectă în mod direct și mai pregnant. În astfel de situații, logopatul întâmpină dificultăți sporite în realizarea comunicării și în recepția limbajului. Dacă acesta este școlar (unde, de altfel, aceste fenomene sunt mai frecvente), dificultățile sale din sfera limbajului se reflectă negativ asupra activității școlare, în special, și asupra comportamentului său, în general.

În literatura de specialitate sunt incriminate două categorii de factori generali care pot determina tulburările dislexice și disgrafice:

1) *factori care aparțin subiectului*

2) *factori care țin de mediul în care trăiește și își desfășoară activitatea subiectul.* În prima categorie sunt cuprinse deficiențele de ordin senzorial, de motricitate și psihomotricitate, de organizare și structură cerebrală, de lateralizare și ambidextrie, gradul dezvoltării intelectuale, starea sănătății, reacțiile nevrotice, factori motivaționali, instabilitatea emoțională, deficiențe pe linia activității școlare care duc la slaba însușire a informațiilor predate ș.a. Din a doua categorie fac parte factorii care se referă la slaba integrare în colectiv, nivelul scăzut, din punct de vedere socio-cultural al familiei, dezorganizarea familiilor și lipsa de preocupare pentru activitatea de învățare, metode și procedee necorespunzătoare utilizate în învățarea scris-cititului, atitudinea nestimulativă a cadrelor didactice pentru învățatură etc.

Ca urmare a atâtor cauze, avem de-a face cu o varietate mare a manifestărilor tulburărilor lexico-grafice. Dacă avem în vedere și *influențele negative exercitate de tulburările de pronunție asupra*

însușirii scris-cititului, manifestarea formelor de disgrafie-dislexie capătă caracteristici tot mai complexe. Unii autori, printre care G. E. Arnold și G. Mottier, sunt de părere că tulburările de articulație, cele gramaticale și cele de parafazie, care apar în manifestările dislexice și disgrafice, alături de simțul redus sau deficitar pentru muzică, alcătuiesc un mănunchi de trăsături caracteristice pentru deficienții disfazici și disgnostici. În cazuri mai dificile apar și alte fenomene, ca atenție auditivă redusă și o scăzută capacitate de memorare. A.S.Clark (1923), S. Mc.Cauley (1925), S. D. Roblins (1935), R. W. Metraux (1942), H.H. Beebe (1944), G. Beldaan (1961) au remarcat legătura dintre performanțele auditive reduse ale capacității de memorizare de scurtă durată și percepția vizuală, însușirea regulilor ortografice și erorile de exprimare care derivă din această deficiență.

Existența fenomenelor dislexice și disgrafice, agravate de tulburările de pronunție ce se reflectă în scris-cititul logopatului, ne determină să subliniem caracteristici specifice debilității generale pentru vorbire, pe care o înțelegem ca având influențe defavorabile atât în sfera comunicării expresive, cât și în cea manifestă. Nadoleczny și Arnold au descris acest fenomen prin investigarea unui mare număr de dislexici și disgrafici la care se manifestau tulburări fie numai în sfera scris-cititului, fie atât în scris-citit, cât și în articulația și ritmul vorbirii. G. E. Arnold (1970, pag. 518-519) constată că bâlbâiala (și fenomenele ei secundare) nu se înrudește direct cu dislexia și disgrafia, nici în privința cauzelor și nici a consecințelor. Manifestările caracteristice bâlbâielii (și bolboroselii) pot constitui, după Arnold, expresii suplimentare și paralele ale deficiențelor de aptitudine. Asemenea cazuri de tulburări combinate, afirmă el, sunt determinate de către „sindromul supraordonat al debilității congenitale pentru vorbire”.

Cercetările efectuate de noi, ne-au dus la concluzia că sunt unele diferențe între manifestările de tip dislalic și alte tulburări de vorbire implicate în generarea dislexo-disgrafiei. Dar, formele dislaliei parțiale de tipul sigmatismului și parasigmatismului, a rotacismului și pararotacismului etc., se pot transpune, frecvent, în limbajul citit-scris și care, de cele mai multe ori, se corelează cu deficiențe ale percepției auditive, a unei slabe capacități de memorare auditivă, astfel încât acestea agravează disabilitățile citit-scrisului.

În funcție de modul în care se realizează această relație dintre tulburările de pronunție, în general, și cele dislalice, în special, cu modelul de elaborare a citit-scrisului se poate desprinde un principiu

particular. Astfel, transpunerea fenomenelor dislalice în vorbirea citită și scrisă se produce pe baza principiului asemănării, apropierii și contagiunii. Astfel, prin asemănare au loc o serie de substituiri, omisiuni și inversiuni de litere și de grafeme. Aceleași fenomene se produc în vorbirea orală și se pot reflecta, la unii dislalici, în scris și în citit. În transpunerea fenomenelor dislalice în citit și în scris, asemănarea se produce pe cale auditivă și vizuală. Omisiunile și substituirile sunt cele mai frecvente în vorbirea orală, ceea ce face ca și în scris-citit, adesea, să se manifeste adeseori. În schimb, în cadrul inversiunilor, la nivelul vorbirii orale, fenomenul de inversare se produce, frecvent, între sunete și, mai rar, între cuvinte, iar în scris, inversarea cuvintelor este mai des întâlnită. Desigur, nu există o regulă obligatorie ca toate fenomenele caracteristice în dislalie să apară în limbajul scris-citit. Practica logopedică dovedește, însă, că în majoritatea cazurilor de dislalie apar, mai mult sau mai puțin, asemenea deficiențe în scris-citit. Nu trebuie neglijat nici faptul că dislexia și disgrafia pot exista și la unii logopați, care nu manifestă tulburări de pronunție sau de articulare. Această afirmație poate fi susținută prin observația că există un fenomen mai rar întâlnit la dislalici, și anume acela al adăugirii de sunete în pronunțarea cuvintelor, dar care apare mai frecvent în limbajul scris. Într-un studiu efectuat pe un număr mare de subiecți, urmărindu-se modul de transpunere a greșelilor din limbajul oral în limbajul scris, a rezultat că ponderea omisiunilor, înlocuirilor și adăugirilor este diferită, atât la un anumit subiect, cât și la totalul lotului investigat (fig. 15) (C. Păunescu, C. Calavrezo, E. Verza și colab, 1967).

omisiuni
-5 225 -

i-2416
n- 541
î-300
e-242
l-180
u-139
a-136
t-122
ă-106
r-83

vocale 60%

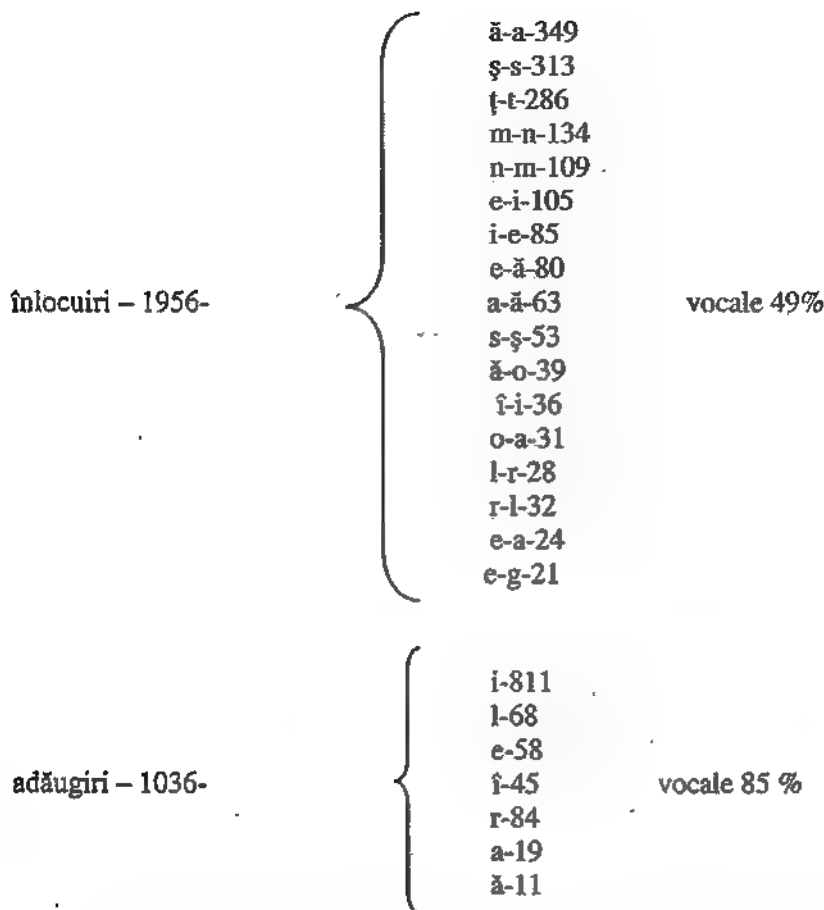


Fig. 15

Imaturitatea vizual-perceptivă, atât de frecvent incriminată în dislexie-disgrafie, joacă un rol important și în perturbarea pronunției, din cauză că, pe baza ei, nu se poate efectua imitarea poziției adecvate a aparatului de fonoarticulație în perioada însușirii pronunției. Dar pentru însușirea în ontogeneza timpurie și chiar mai târziu a pronunției, rolul dominant îl are maturitatea auditiv-perceptivă, care intervine, în egală măsură, în citire și în scrierea după dictare. Ținând seama atât de complexitatea limbajului oral și scris, cât și de cea a structurilor morfo-funcționale implicate în producerea și recepția lui, putem vorbi de o ierarhizare a sistemelor senzoriale participante la elaborarea, asimilarea, dezvoltarea și evoluția acestui proces. Astfel, la dislalici și la dislexici-disgrafici, pot fi constatate, mai mult sau mai puțin, deficiențe vizual-auditive, vizual-chinestezice și vizual-tactil-

kinestezice. În cazul deficienței auditive, nu numai că vorbirea se însușește cu greutate, dar apar și dificultăți în discriminarea acustică și în memorarea fonemelor și a cuvintelor, iar deficiențele pe traiectul vizual determină perceperea și memorarea vizuală slabă sau deformată, carență în diferențierea formelor vizuale complexe.

Analizând etiologia dislexiei și disgrafiei, Mac Donald Critcheley arată că factorii lingvistici și pedagogici au un rol secundar în tulburările lexice. Același rol îl poate juca bilingvismul în dislexie-disgrafie, dar el poate determina direct tulburările dislalice. Dificultățile lexice și grafice pot fi accentuate și de începerea prea de timpuriu a învățării citit-scrisului, de metodele de predare deficitare, care nu provoacă, în sine, tulburări dislexice-disgrafice, dar, așa cum subliniază Critcheley *„nu există o metodă anume de predare care să poată pricinui o condiție a dislexiei, dar, prin mijlocirea meritelor și a neajunsurilor, aceasta poate duce la o recunoaștere mai timpurie a dislexiei”* (1972, pag. 17).

S.S.Leapidevski (1964, pag. 237) distinge mai multe tipuri de disgrafii, în funcție de analizatorul lezât: acustice, optice, motorii și ideatorii. Forma cea mai frecventă este disgrafia de tip acustic, pe care noi o punem tocmai pe seama faptului că dificultățile din pronunție, ca urmare a slăbirii auzului fonematic, se transpun și în limbajul scris. Apar, astfel, în serie dificultăți de tipul inversării grafemelor, înlocuirea fonemelor sonore cu cele surde, omisiuni de litere, silabe și cuvinte, adăugarea unor terminații în plus, contopiri de cuvinte etc. În cadrul dificultăților de citire, Critcheley subliniază existența unor greșeli care pot fi întâlnite, adeseori, la dislalici și care denotă relația directă dintre dislalie și dislexie: incapacitatea pronunțării cuvintelor nefamiliare sau încercarea de a ghici structura lor fonetică, dificultăți în realizarea diferențelor dintre cuvintele relativ asemănătoare în scriere și pronunție, dificultăți în discriminarea diferențelor auditive ale cuvintelor și literelor, neînțelegerea integrală a celor rostite, pronunțarea incorectă a consoanelor și, uneori, a vocalelor, inversarea literelor, interpolarea unor foneme nepotrivite, omisiunea unor foneme și cuvinte, înlocuirea unor cuvinte prin altele, repetarea cuvintelor, plasarea greșită a accentului în cuvintele polisilabice ș.a.

O mențiune specială trebuie făcută în legătură cu capacitatea de înțelegere a conținutului celor vehiculate în vorbirea orală sau în cea scrisă. A rezultat că asemenea dificultăți le poate întâmpina și un subiect logopat, care nu prezintă deficiențe ale intelectului și că tulburările orale sau ale citit-scrisului pot să se instaleze și în afara

unor deficite de acest gen. Dar, atunci, cum se explică ele? Pot fi mai multe explicații, dar cea mai viabilă se referă la faptul că un astfel de subiect trăiește, tensional, dificultățile pe care le are și este urmărit de o continuă teamă de a nu greși, de a nu face o impresie proastă asupra auditorului sau cititorului. Din aceste motive, el se centrează, exagerat, asupra emiterii sunetului, a cuvântului (critic) sau asupra modului de alcătuire a fiecărui grafem și literă, în detrimentul conținutului textului. La subiectul fără tulburări de limbaj, emiteria, scrierea și citirea se desfășoară în lipsa unui autocontrol permanent, din cauză că s-au format deprinderi ce devin, cu timpul, tot mai automatizate și nu este nevoit să-și distribuie atenția pe mai multe direcții, permițând o percepere ideativă cât mai completă. Se știe, din psihologie, că actele automatizate și deprinderile supuse unui control exagerat din partea conștiinței, pot duce la perturbarea desfășurării lor, deturnând subiectul de la alte activități care se produc concomitent. Aceasta nu exclude posibilitatea individului de a se autocontrola, atunci când este nevoie.

Fenomenul de înlocuire a unui cuvânt prin altul prezintă, uneori, un interes deosebit pentru surprinderea mecanismului intern de elaborare a ideilor și a asociațiilor dintre ele. Despre o asemenea greșală, Critcheley arată că : „*acesta este un tip comun, deși foarte puțin analizat. Cititorul a identificat sensul termenului, dar a substituit o alternativă. Uneori, e aproape un sinonim. Cel mai des este folosit un termen sugerat de o asociație de idei.*” (1972, pag. 30).

Transpunerea fenomenelor dislalice în scris are loc, mai cu seamă, în dictări, dar și în copierea unui text. Cu cât dislalia este mai accentuată, cu atât se manifestă mai pregnant în scriere și în citire, unde predomină dificultățile, ca urmare a ortografiei – disortografiei (fig. 16a. și 16b.).

Deși predomină disgrafia de natură acustică, care explică reflectarea tulburărilor dislalice în scris, la debilizii mintal, disgrafia motrică determină apariția scrisului ilizibil, neglijent, cu litere diforme și de mărimi diferite, dublarea și repetarea unor litere. *Disortografia apare ca o consecință a dificultăților de învățare a ortografiei sau a necunoașterii sensului și semnificației cuvintelor.* Atunci când disortografia se caracterizează prin involuție, ea se datorează unor leziuni organice: „*Cititul implică recunoașterea sensului unui cuvânt, dar dacă scoarța parietală nu poate organiza circuitele sale în schema formală a cuvântului, nu mai are prin ce să fie activat substratul natural al sensurilor. Pe de altă parte, schemele vizuale ale*

cuvintelor sunt cele care activează schemele motorii folosite în scriere. Alterarea circuitelor parietale, care organizează schemele vizuale ale cuvintelor, va tulbura, deci, și scrierea, în aceeași măsură ca și citirea." (N. Toncescu, 1967, pag. 68-69).

19. Viziți

Jonuț s-a terminat leșii. Și s-a așezat frumos la scris și la citit în ghizdan. A adus apă și lemne pentru foc. Acum alun poate să joace cu lipușă, para lui mai mică. Bine că s-aș pe pășune și trale. Mama salta mit rușe. În casa e urât. Tata lucrează pe afară. El aude latătu. Sinele. Adi gasa tatai:

- Patin, tovarasa învățător, poteti pati!

Una se ducă și înța învățătorului lui Jonuț.

- Bunas oști! Bine valare!

- Bine anvent, tovarasa învățător!

- Ei, Jonuț, am avut vad și iar eu. Jonuț arată îi arată tovarasa învățătorului. Înțelegându-se, Jonuț arată tovarasa învățătorului. Înțelegându-se, Jonuț arată tovarasa învățătorului. Înțelegându-se, Jonuț arată tovarasa învățătorului.

Mama îi sunt ca Jonuț e un mic amic. Tovarasa învățătorului e mult mai de cel al lui și puii Mamii:

- Jonuț e prieten cu el din când în când. Înțelegându-se, e distras și își dă seama.

Învățătorul și ia bun și pace. Jonuț o urmărește cu ochii.

comise prezintă o mare labilitate, fără ca deficientul de intelect să fie conștient de ele.

Unii autori sunt de părere că la copiii normali greșelile în transcrierea limbajului oral în cel scris se produc în proporție de circa 40-50%, dar acestea nu afectează toate cuvintele care conțin fonemele ce sunt tulburate. La debilul mintal, deficiențele în pronunțarea fonemelor se transpun, în formă generalizată, asupra grafemelor și literelor corespunzătoare din limbajul scris-citit.

Pe baza analizei și prelucrării unor texte citite și scrise (compunere și dictare) ale unor școlari dislalici, am putut surprinde principalele fenomene de transpunere a greșelilor din limbajul oral în limbajul scris-citit. Vom evidenția, ceea ce este comun și specific în citirea și scrierea alb-negru, comparativ cu citirea și scrierea în Braille:

1. Omisiuni de sunete, litere și silabe. Frecvența cea mai mare, în vorbirea orală, la dislalici se manifestă la sunetele : s, i, r, l, m, t, o, u, n, î, ș, z și la grupele ae și ea. Atât în citirea și scrierea alb-negru, cât și în Braille apar asemenea omisiuni. Aceste caracteristici, cât și cele la care ne vom referi, în continuare, au fost descrise, mai pe larg, pentru disgrafia în Braille, într-un studiu anterior, efectuat împreună cu G. Anastasiu (1973).

2. Omisiuni de cuvinte, propoziții și sintagme. Ca o caracteristică, omisiunile de cuvinte, propoziții și sintagme apar mai des spre sfârșitul compunerii și al dictării, ca o consecință a instalării fenomenului de oboseală. În scrierea obișnuită, un asemenea tip de greșeală apare rar și întâmplător. În scrierea Braille, omisiunile de acest fel apar cu o anumită constanță, preponderent, atunci când scrierea nu este bine stăpânită. O altă cauză o poate constitui și faptul că ideile și gândurile subiectului au, în unele cazuri, o desfășurare mai rapidă, în comparație cu posibilitățile sale de transpunere în scris. În vorbirea orală (și în citire), asemenea omisiuni apar mult mai rar ca în scris. Ele sunt, totuși, frecvente la debilii mintal și la deficienții de auz.

3. Contopiri de cuvinte. Se constată că frecvența contopirilor de cuvinte este mai mare în dictări, raportată la compuneri. Contopirile nu se datorează faptului că subiectul aude un singur cuvânt sau că aude două cuvinte distincte, ci mai degrabă fenomenului de perseverare a deficiențelor pe linia auzului fonematic, ca și datorită sensului cuvintelor.

4. Substituirii de foneme și grafeme. Acest fenomen apare frecvent în scrierea Braille. De altfel, el are o frecvență mare și în scrierea obișnuită. Cele mai dese substituirii sunt: u substituit cu ă (cănoaște), i cu e, o cu u, o cu e, e cu i (dici), ă cu u (lumpi), x cu g (egmatriculat), t cu s (trecus), p cu m, l cu r, s cu z, a cu o, (oparte), f cu p (prig), m cu c, v cu u, ă cu e, l cu b, s cu c, g cu f, u cu e, p cu f, r cu l, b cu a, s cu p, s cu i, c cu m (mopii), f cu d, z cu s, c cu g, p cu b etc.

Semnalăm faptul că substituirile subliniate au o frecvență mare și în scrierea obișnuită. În scrierea Braille, înlocuirile se datorează diferențelor mici dintre forma (punctată) unui grafem cu a altuia, formă asemănătoare (simetriei) între dispunerea punctelor din stânga față de cele din dreapta sau a simetriei de sus față de jos. Pe de altă parte, unele substituirii rezultă din nepunctarea fermă (clară) sau nesigură, ceea ce face să se perceapă, în timpul citirii, un alt grafem decât cel corect. Dacă în scrierea alb-negru unii autori explică tulburările limbajului scris, ca de altfel și cele ale cititului, pe baza unor afecțiuni corticale și tulburări ale văzului – care au fost deja incriminate în disgrafie de specialiști mai vechi, cum sunt Kussmaul, Morgan, Masson și mai recent de Galiffet-Granger, Seeman, Tomatis – în Braille componenta vizuală nu poate explica fenomenele de disgrafie. De fapt, neputința de a explica disgrafia în scrierea Braille, pe baza unor tulburări vizuale, ne face să credem că rolul dereglărilor de văz a fost exagerat la disgraficul văzător. Un argument în plus îl constituie și faptul că numai la unii indivizi, care au tulburări vizuale, apar tulburări ale limbajului scris. Sunt mulți copii ambliopi care ajung să stăpânească scrisul tot atât de bine ca și cei fără deficiențe de vedere.

Comparativ cu fenomenele de substituie, întâlnite la disgraficul și dislexicul care scrie și citește în alb-negru, la nevăzătorii care scriu și citesc în Braille, aceste fenomene au un caracter labil mai pronunțat. Aceasta, deoarece confundarea literelor în Braille este mai mare și mai variată, pe de o parte, iar pe de altă parte, coordonarea acustico-vizuală-kinestezică se reduce la diminuarea posibilităților de transpunere grafică, semantică și lexică a ideilor transmise și a gândurilor proprii. Credem că aprofundarea cercetărilor în această direcție ar putea duce la surprinderea acelor reguli care determină substituirea ca fenomen constant în disgrafie.

5. Substituirii și deformări de cuvinte. Aceste fenomene au, de asemenea, o frecvență mare la disgraficii și la dislexicii în Braille. În

marea lor majoritate, se produc prin asimilarea și scrierea cuvintelor la plural, când sunt dictate la singular, și invers, scrierea la singular, când dictarea se face la plural. Cităm câteva exemple din compunerile și dictările elevilor nevăzători: televizate = televiziune, peornesc = pornesc, piapuri = picapuri, filfilizație = civilizație, petrol = petrol, zumană = umană, aspiratoare = aspiratoare, electricitatea = electricitate, egzita = există, oamenii = oameni, iubeau = iubea, tot = toți, haine – hainele etc. Substituirile și deformările de cuvinte apar, în limbajul oral, la dislalcii foarte gravi.

6. Adăugiri de foneme, litere și cuvinte. Aici, se poate surprinde o anumită regulă, și anume adăugarea unor grafeme la sfârșitul cuvântului, când acestea se găsesc și la cuvântul următor, de regulă, la începutul cuvântului următor. Un astfel de exemplu îl constituie frecvența mare în adăugarea grafemului a. Sunt adăugate des t întors, l, i, b, p etc. Dintre aceste grafeme, a, l și i sunt adăugate, frecvent, și la disgraficul în scrierea în alb-negru. Pe de altă parte, apare fenomenul de repetiție a unor silabe în interiorul cuvântului (plângerea), repetarea unor cuvinte fără sens, repetarea unor silabe în diverse împrejurări, repetarea unor cuvinte (bine, la) și, în fine, repetarea ultimelor silabe.

7. Înlocuirea unor cuvinte sau comprimarea lor. Acest fenomen este întâlnit mai rar și nu totdeauna determină schimbarea sensului frazei, mai cu seamă când se are în vedere contextul general (învățătoare – profesoară și invers, soară = profesoară):

8. Confuzii de foneme și litere, ca urmare a asemănărilor acustico-optice: d-p, d-b, s-ș, m-n, o-a, i-î, c-g, s-z, ce-ci.

9. Disortografii. Apar multe dezacorduri gramaticale, omisiuni ale semnelor de punctuație: punct, virgulă, semnul exclamării, semnul mirării; lipsa literei mari la început de propoziție sau început de frază.

10. Texte necoerente, ilogice. Asemenea manifestări apar, în special, în compuneri, la subiecții a căror disgrafie este mai accentuată sau care au și alte tulburări de limbaj, ca bâlbâiala, dislalia etc. Compunerile acestora se caracterizează prin aceea că dau impresia incapacității de a lega logic elementele și acțiunile conținute în povestiri. Este și cauza pentru care compunerile sunt aride și deseori cu semnificații ambigue. La copiii cu o disgrafie ușoară, se manifestă preocuparea pentru redarea logică a acțiunilor cu motivații cauzale. Ca atare, compunerea devine mai încheată și apare evidentă conștientizarea sistemelor de asociații ce se stabilesc pe plan mintal

între elementele conținute, prin evidențierea dinamismului și plauzibilității lor.

Pentru corectarea disgrafiei-dislexiei, la persoanele care scriu și citesc în Braille, este necesar să se respecte câteva criterii valabile și în scrierea și citirea obișnuită. Printre acestea, este necesar să se aibă în vedere, pe lângă caracteristicile dislexiei-disgrafiei propriu-zise, și particularitățile de vârstă ale subiectului, gradul lui de cultură, nivelul său intelectual, particularitățile de personalitate etc.

În scrierea și citirea obișnuită, pentru disgrafici și dislexici, se cunosc unele metode și procedee de corectare. Pentru corectarea disgrafiei și dislexiei la nevăzători, însă, nu au existat preocupări constante până în prezent.

Capitolul VIII

METODE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE

1. *Cadrul general de referință*

În literatura de specialitate, sunt descrise unele metode și procedee ce pot fi folosite în corectarea tulburărilor de pronunție la subiecții care vorbesc o anumită limbă. Dintre acestea, o parte pot fi folosite și pentru educarea vorbirii logopaților, a căror limbă maternă este româna. La acestea ne vom referi, în primul rând, precum și la acele metode și procedee pe care noi le-am verificat în practica logopedică și care au condus la obținerea unor rezultate pozitive în înlăturarea tulburărilor de pronunție. Este important să atragem atenția asupra faptului că preluarea unor metode și procedee, folosite de unii specialiști pe subiecți, trebuie să se facă cu mult discernământ. Fiind vorba de un anumit specific al limbii noastre, metodele și procedeele respective nu numai că nu dau totdeauna rezultatele dorite, dar pot îngreuna corectarea sau pot contribui la apariția altor deprinderi incorecte de pronunție. Limba română, ca și alte limbi, are caracteristicile sale proprii. Astfel, unele sunete sunt specifice numai limbii române. Spre exemplu, vocalele din limba română sunt asemănătoare, dar nu identice cu vocalele din alte limbi (1963, pag.61-62).

După cum am văzut, din punct de vedere logopedic, ne interesează și faptul că pentru emiterea corectă a fiecărui sunet, se realizează o poziție specifică a elementelor aparatului fonoarticular cu mișcări sincrone, dar și cu participarea corespunzătoare a

respirației, iar abaterea de la acestea, din anumite motive, determină distorsiunea pronunției. Or, pentru a fi eficiente, în terapia logopedică, subiectul trebuie învățat să adopte o poziție corectă a aparatului fonoarticulator, ceea ce presupune existența unei metodologii adecvate.

Dintre metodele și procedeele care au o valoare mai mare, pot fi citate acelea cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției și prin intermediul cărora se înlesnesc căile de acțiune a metodelor propriu-zis logopedice și care sunt specifice fiecărei categorii de tulburări de limbaj. În felul acesta, subiectul se pregătește din punct de vedere psihic și fiziologic, ceea ce duce la facilitarea folosirii metodelor și procedeele logopedice adecvate.

Atât pentru aplicarea metodelor și procedeele generale, cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției, cât și a celor specifice, cu acțiune nemijlocită în educarea logopaților, este necesar să luăm în considerare câteva elemente esențiale, de care trebuie să ținem seama, pentru o individualizare strictă a cazurilor. În primul rând, este vorba de simptomatologie, manifestarea tulburării respective, care poate fi diferită de la un individ la altul, chiar dacă este vorba de același diagnostic. Merită subliniată această idee, prin raportarea ei la caracteristicile temperamentale, la rezonanța afectivă și, în genere, la trăirea handicapului în planul personalității. De altfel, manifestarea comportamentală, personalitatea logopatului determină, așa cum s-a văzut, o anumită înțelegere a handicapului și un anumit fel de participare în procesul înlăturării acestuia. Tipul de tulburare său forma ei capătă o importanță deosebită, dacă ne gândim la evantaiul mare al manifestărilor și la faptul că unele dintre acestea pot apărea numai în anumite combinații de sunete, în timp ce altele, în toate situațiile; unele apar numai în propoziție și frază, iar altele și în pronunția izolată a sunetelor. Pronunțarea izolată a sunetelor este diferită întrucâtva de emiterea acelorași sunete în cuvinte și propoziții. Mai mult, în articularea sunetelor apar unele deficiențe, și atunci când ele au o poziție inițială, medie sau finală în cuvânt. De obicei, învățarea pronunției corecte a sunetelor este mai ușoară, atunci când ele se află la începutul cuvântului. Trebuie avute în vedere și cauzele care au declanșat dificultatea. În funcție de acestea, se impun anumite metode și procedee generale și particulare de corectare a tulburărilor de articulație. Dacă este vorba de o imitație, se înțelege că se vor aplica alte procedee decât în cazul unei etiologii organice sau funcționale. Vârsta și nivelul de dezvoltare psihică impun nu numai o

anumită atitudine a logopedului față de subiect și a acestuia față de handicap și activitatea de corectare, dar determină și adoptarea unor metode care pot fi înțelese și asimilate, cu ajutorul cărora se obțin cele mai rapide rezultate, în funcție de capacitățile logopaților. De remarcat, că aceeași importanță o are și gradul de dezvoltare și asimilare a informațiilor, prin intermediul simbolisticii verbale.

Ca atare, diagnosticul și prognosticul trebuie elaborate în funcție de toate aceste elemente, precum și în funcție de condițiile de viață și activitate ale logopatului, ca și de colaborarea părinților, a grădiniței, a școlii, în educarea logopatului. În fixarea diagnosticului trebuie să se ia în considerare existența unor deficiențe ale auzului, cât și eventualele schimbări ale dentiției sau nede dezvoltarea suficientă a organului fonoarticular, care pot influența pronunția.

În adoptarea metodelor și procedeele de înlăturare a diferitelor abateri, trebuie să se aprecieze dacă tulburarea de pronunție se datorează unei alte tulburări de limbaj sau există în paralel. Aceasta cu atât mai mult cu cât, în unele situații, corectarea pronunției se face în același timp cu înlăturarea altor deficiențe ale limbajului, în timp ce în alte situații, este necesară crearea unor condiții de facilitare a mișcărilor necesare pentru a se putea aplica metode cu acțiune directă asupra tuturor tulburărilor existente la același logopat. Dacă este vorba de existența unei dislalii pe fondul unei alalii sau pe fondul unei nede dezvoltări a limbajului, acțiunea de corectare a pronunției trebuie să urmărească, în același timp, îmbogățirea vocabularului, dezvoltarea înțelegerii vorbirii, dar și dezvoltarea gândirii, deficitare în asemenea situații, formarea vorbirii corecte și logice. În schimb, dacă avem de-a face cu o dislalie ce coexistă cu bălbăiala, dislexia, disgrafia, cu tulburări de voce etc., acțiunea de corectare poate să se facă separat, dar nu exclude posibilitatea unei acțiuni în paralel. Remarcăm faptul că la vârste mici, sau la subiecții cu intelect slab dezvoltat, este recomandabilă respectarea principiului acțiunii de la simplu la complex, ceea ce înseamnă că mai întâi se corectează tulburările ușoare și ulterior cele dificile.

Referindu-ne la vârstă, este indicat ca dislalia să se corecteze din perioada preșcolară, din două motive: pe de o parte, pentru a nu permite să se instaleze unele deprinderi greșite de pronunție, deoarece se știe că este mai ușor să formezi deprinderi noi de vorbire, decât să corectezi pronunția greșit stabilită, iar pe de altă parte, la intrarea copilului în școală, deficiențele de limbaj pot provoca tulburări de personalitate, prin conștientizarea defectului și pot duce la insuccese

școlare repetate, ca urmare a inhibiției, reținerii, negativismului și a dificultăților de integrare în activitatea școlară și în colectivitatea de copii. În plus, deficiențele de pronunție pot determina, în perioada școlară, instalarea altor tulburări de limbaj și, în special, bâlbâiala, dislexia și disgrafia. Un alt motiv este și acela că în perioada preșcolară se poate obține o colaborare mai ușoară din partea părinților și a educatoarelor din grădinițe. Educatoarele își asumă obligația să supravegheze pronunția copilului și să repete exercițiile psihopedagogice indicate de logoped.

Așadar, în corectarea tulburărilor de pronunție, se aplică, la început, o serie de metode cu caracter general, în funcție de gravitatea tulburării. Acestea urmăresc să pregătească atât organic, funcțional, cât și psihologic subiectul și să ușureze aplicarea metodelor și procedeele logopedice individualizate, în funcție de caz, și de natura tulburării. Succesul terapeutic depinde de toate metodele și procedeele pe care le descriem mai jos. Spre deosebire de adulți, la care se acționează nemijlocit asupra tulburărilor de pronunție, la copiii de o anumită vârstă, acțiunea este mijlocită prin dezvoltarea limbajului, în general. Măsurile cu acțiune indirectă asupra corectării pronunției, dar cu eficacitate în dezvoltarea vorbirii, au un rol important și în profilaxia tulburărilor de limbaj. La vârste mici, prin intermediul lor, se dezvoltă dicția copiilor din grădiniță, ele putând alcătui activități obligatorii în cadrul programelor ce se adoptă (E. Boșcaiu, 1973, pag. 24). Se înțelege că în acest caz, educatoarele și logopezii trebuie să aibă o vorbire corectă, clară și cu exprimări coerente. În aplicarea metodelor și procedeele de corectare a vorbirii, atât la copii, cât și la adulți, specialiștii trebuie să manifeste înțelegere și tact, dar nu indulgență față de deficienți.

Rezultă, așadar, ideea că, în corectarea tulburărilor de pronunție, ca și în corectarea altor tulburări de limbaj, se disting două categorii de metode și procedee educațional-recuperative, și anume: *metode și procedee cu caracter sau de ordin general și metode și procedee specific logopedice*. Dacă prima categorie (metode și procedee cu caracter general) se poate aplica în orice tulburare de limbaj (și nu numai în tulburările de pronunție), cele din a doua categorie (metode și procedee specific logopedice) sunt proprii fiecărei tulburări de limbaj în parte, ceea ce înseamnă că se înregistrează diferențe majore, atât în forma de aplicare a acestora, cât și în conținutul lor, când este vorba de o tulburare sau alta. Din rațiuni logice și din economie de spațiu, în acest capitol vom analiza prima

categorie de metode și procedee, fără să le mai repetăm în cazul altor tulburări, în timp ce metodele și procedeele specific logopedice le vom aborda (cum este normal) după fiecare grupă de tulburări descrise.

2. Metode și procedee cu caracter general

În categoria metodelor și procedeele educative, care au un caracter general-logopedic, sunt cuprinse: 1) gimnastica și miogimnastica corpului și a organelor care participă la realizarea pronunției; 2) educația respirației și a echilibrului dintre expir și inspir; 3) educarea auzului fonematic; 4) educarea personalității, înlăturarea negativismului față de vorbire și a tulburărilor comportamentale.

1. Gimnastica și miogimnastica corpului și a organelor care participă la realizarea pronunției se referă la îmbunătățirea motricității generale și a mișcărilor fono-articulatorii. În acest scop, se pot indica o serie de exerciții care au o importanță deosebită nu numai pentru dezvoltarea limbajului, dar și pentru sănătatea organismului. Aceste exerciții urmăresc fortificarea trunchiului, a gâtului și a membrilor. În toate cazurile, exercițiile fizice generale trebuie asociate cu cele de respirație. Exercițiile fizice generale au scopul de a ușura desfășurarea unor mișcări complexe ale diferitelor grupe de mușchi care iau parte la activitatea de respirație și la funcționarea aparatului fono-articulator. Se știe că, obișnuit, pentru pronunțarea fiecărui sunet, corpul, membrele, gâtul etc. capătă o anumită poziție, fie de relaxare, fie de încordare. Spre deosebire de cei care vorbesc normal, spre exemplu, la dislalici are loc o încordare musculară pe unele porțiuni nespecifice pronunțării sunetului respectiv. La nivelul aparatului fono-articulator, o încordare a mușchilor limbii, buzelor etc. în locuri nespecifice, afectează nu numai pronunția, dicția, dar și timbrul și înălțimea vocii. Din punct de vedere motric, diferențierea sunetelor perechi (t-d, c-g, p-b etc) se realizează numai printr-o mișcare musculară fină. În silabă și cuvânt, mișcarea și sincronizarea diferiților mușchi se face foarte rapid, ceea ce presupune o anumită dezvoltare și abilitate. În realizarea articulației nu este nevoie să se depună un efort deosebit, pentru că exercițiul creează automatisme, iar mișcările aparatului fono-articulator devin, în general, economicoase. Pentru cei cu tulburări de

pronunție, și mai cu seamă pentru hipoacuzicii și surdo-muții în curs de demutizare, este necesar să învețe că în producerea corectă a sunetelor buzele trebuie să exercite mișcări clare, maxilarul - ușoare mișcări față de poziția obișnuită, limba - mișcări mai energice, iar laringele - mișcări foarte discrete.

Se pot distinge două subcategorii de exerciții: unele cu scopul de a relaxa organismul și musculatura aparatului de emisie, exerciții utile în majoritatea tulburărilor de limbaj și în pronunțarea majorității sunetelor limbii române, iar altele de încordare, care se folosesc, în special, în timpul pronunțării sunetelor surde.

În cazul exercițiilor fizice generale, este indicat ca fiecare mișcare să fie executată în mod ritmic, ceea ce va ușura introducerea ritmului și la nivelul vorbirii. Acolo unde sunt și tulburări motorii, ca la disartricii cu afecțiuni motorii cerebrale, la alalici și afazici etc, exercițiile fizice generale au o importanță covârșitoare și ele trebuie executate paralel cu dezvoltarea pe perioade relativ lungi de timp, pe cât posibil zilnic sau cel puțin de trei ori pe săptămână.

Grupa așa-zisă a gimnasticii medicale se încadrează eficient în categoria exercițiilor care contribuie la dezvoltarea motricității generale și la asigurarea unui confort fizic, benefic pentru fiecare individ, indiferent de vârstă.

Pentru dezvoltarea motricității organelor fono-articulatorii, se recomandă o serie de exerciții ce se referă la dezvoltarea mișcărilor expresivității faciale, făcute în mod diferențiat, în funcție de caz. La unii logopați, asemenea exerciții se fac într-un timp relativ scurt, deoarece nu sunt deficiențe care să împiedice, pregnant, realizarea vorbirii, iar acolo unde există pareze faciale, exercițiile joacă un rol important în realizarea pronunției. Cele mai importante exerciții, folosite în acest scop, sunt: umflarea simultană a obrazilor; închiderea și deschiderea ochilor, concomitent cu ridicarea și coborârea ritmică a sprâncenelor; imitarea râsului și a surâsului; încrețirea și descrețirea frunții; umflarea alternativă a obrazilor etc.

Motricitatea linguală joacă un rol esențial în pronunțarea sunetelor, deoarece la fiecare sunet limba se dilată, se contractă, ia forme diferite și ocupă alte poziții în cavitatea bucală. Se pot folosi, în acest caz, numeroase exerciții linguale: deschiderea gurii și scoaterea ritmică și rapidă a limbii și retragerea ei în cavitatea bucală; scoaterea limbii întinsă peste buza inferioară, în direcția bărbiei și peste buza superioară, în direcția nasului; mișcări la dreapta și la stânga, în așa fel încât limba să atingă colțurile buzelor; ridicarea limbii spre palat și

lășarea ei în jos cu zgomot; imitarea diferitelor fenomene ale naturii, tremuratul (brr, brrr), mersul locomotivei etc.; sprijinirea limbii pe gingia superioară și apoi pe cea inferioară, în așa fel încât să se realizeze îndoituri succesive; formarea așa-numitei „cupe” cu limba, a unui șant pe mijlocul ei ș.a.

Exercițiile pentru dezvoltarea motricității mandibulare se folosesc, în special, la cei care au o mușcătură deschisă, prognatism și progenie sau la cei cu traumatisme maxilo-faciale. Aceste exerciții constau în : ridicarea și coborârea ritmică a mandibulei; mișcări spre dreapta și spre stânga a mandibulei; imitarea rumegatului animalelor; imitarea căscatului etc.

Pentru dezvoltarea motricității labiale, este necesar să se folosească o serie de exerciții, pornind de la rolul important pe care-l joacă buzele în pronunțarea fiecărui sunet, silabă și cuvânt. Exercițiile pentru dezvoltarea mișcărilor buzelor sunt necesare la marea majoritate a dislalicilor, dar mai cu seamă la cei cu dislalia audiogene, cu disglosii și la cei care au anomalii ale buzelor: despicături de buze (inferioară sau superioară), pareze, rigiditate a buzelor, proeminențe pe anumite porțiuni. La deficienții de intelect, sunt necesare exerciții cu atât mai mult cu cât se știe că accentuarea debilității mintale determină o serie de anomalii caracterizate prin îngroșarea exagerată a buzelor și, în primul rând, a buzei inferioare, rigiditatea lor și lipsa de sincronizare a mișcărilor. Cele mai indicate exerciții sunt: acoperirea alternativă a unei buze prin cealaltă; formarea unei pâlnii, ca la pronunțarea sunetelor o și u; strângerea buzelor și suflarea aerului cu putere, ca la pronunțarea sunetelor b și p; retragerea și extensia comisurilor laterale; umflarea buzelor prin reținerea aerului în cavitatea bucală; vibrarea buzelor prin imitarea sforăitului de cal și multe altele. Aici, ca și în cazul celorlalte exerciții, inventivitatea logopedului este foarte importantă, pentru a adopta și pune în valoare noi procedee.

2. Educarea respirației și a echilibrului dintre inspir și expir are un rol important nu numai în asigurarea unor funcții biologice, dar și în pronunție. În timpul expirului, suflul face să vibreze coardele vocale implicate în producerea sunetelor. Presiunea expirului și a inspirului se modifică în funcție de fiecare sunet, devenind când mai puternică, când mai puțin puternică, prin alternanță, dar păstrând un echilibru ritmic. Astfel, pentru pronunțarea consoanelor surde, este nevoie de o presiune expiratorie mai accentuată decât la pronunția consoanelor sonore. Nici musculatura necesară actului respirației nu

este suficient de dezvoltată la copiii cu o vorbire deficitară, din cauza lipsei de exersare naturală.

Se știe că în funcție de sex, se disting două tipuri de respirație, și anume: la bărbați, o respirație costo-abdominală, în care rolul hotărâtor, pentru realizarea expirului, îl joacă mușchii abdominali și costali inferiori, iar la femei, predomină respirația de tip toracic, manifestată prin contracția și relaxarea preponderentă a cutiei toracice.

La copii, pe lângă faptul că respirația nu se desfășoară în mod ritmic, nu există nici o diferențiere netă între cele două tipuri de respirație caracteristice sexului respectiv. În timpul vorbirii, aceste disritmii respiratorii se accentuează și mai mult, iar în tulburările limbajului vorbit, ele devin foarte evidente. După o discuție mai lungă sau în stările de oboseală, atât la copii, cât și la adulți, expirația și inspirația devin tot mai neregulate și mai scurte, ceea ce duce la pauze nepotrivite în vorbire și, ca atare, creează un aspect al vorbirii dezagreabil. Unii logopați încearcă să vorbească și în timpul inspirului, nu numai al expirului (cum este normal). În felul acesta, pronunțarea devine defectuoasă, prin deformarea sunetelor, omisiunea sau înlocuirea lor în cuvânt, și mai ales prin apariția unor tulburări ale ritmului și cadenței vorbirii. Vorbirea se deformează și în cazurile în care nu există o forță corespunzătoare a expirului sau când au loc o serie de „tîcuri” care se manifestă prin înălțarea umerilor în timpul vorbirii, ceea ce împiedică participarea diafragmei la expulzarea aerului necesar.

Exercițiile de respirație se desfășoară în funcție de vârsta subiectului: la copiii mici, ele se pot desfășura sub forma jocului în aer liber sau în camere bine aerisite. În acest sens, se pot folosi o serie de jucării în care să se sufle; exercițiile să fie făcute din diferite poziții ale corpului: culcat, în picioare, șezând etc. La copiii mai mari, se pot utiliza materiale didactice vizuale, spirometrul, dar se poate exersa expir-inspirul și pe baza apelării la înțelegere. Atât la adulți, cât și la copii, exercițiile de respirație se pot face fără a fi însoțite de vorbire sau concomitent cu ea. De asemenea, ele pot fi făcute individual sau în grup, și este de remarcat că se instalează mai ușor ritmul dintre expir și inspir, dacă aceste exerciții sunt făcute în timpul mersului, pentru că el conține deja componenta automatizată, ritmică.

Printre exercițiile care dau rezultatele cele mai bune, se pot cita: suflarea într-o lumânare aprinsă; umflarea balonului; expirarea și inspirarea alternativă pe gură și pe nas; expir și inspir, pe baza unor pauze stabilite; aburirea unei oglinzi, prin eliminarea ietului de aer

alternativ, pe nas și pe gură; formarea de valuri într-un vas cu apă, prin suflare; suflarea în diferite instrumente muzicale. Se recomandă ca exercițiile de respirație, efectuate o dată cu pronunțarea, să se realizeze la început, cu ajutorul cântului și al recitării de poezii ritmice. Se mai pot emite vocale cântate, anumite exclamații, interjecții etc. În final, se ajunge la o vorbire ritmică, prin sincronizarea expirului cu inspirul.

3) Educarea auzului fonematic, adică a capacității de a identifica, discrimina și diferenția sunetele limbii, contribuie la realizarea unei pronunțări corecte. Prin activitatea de dezvoltare a auzului fonematic, se stabilește un sistem relațional între modalitatea senzorială de percepere a sunetelor și crearea unor imagini ideale la niveluri superioare. Atunci când avem de-a face cu unele deficiențe la nivelul sistemului periferic, activitatea logopedică trebuie să urmărească înlăturarea lor sau, dacă acest lucru este posibil, să contribuie la dezvoltarea unor noi funcții compensatorii. Același lucru se poate face pe un plan mai general de suplinire a funcțiilor deficitare, datorită supleții sistemului nervos uman și capacităților de adaptare a organismului.

Tulburările auzului fonematic pot merge de la incapacitatea diferențierii tuturor sunetelor sau numai a unora și până la imposibilitatea perceperii chiar a silabelor și cuvintelor, ca unități specifice limbajului. Datorită legăturii strânse dintre auzul fonematic și mișcările articulatorii, deficiențele de la nivelul unui element se fac simțite și la cel ce-al doilea. Astfel, slaba dezvoltare a mișcărilor articulatorii sau neexersarea lor influențează auzul fonematic, așa cum, la rândul lor, tulburările respective determină confuzii la nivelul emisiei sau o slabă antrenare a elementelor coparticipante la actul pronunției.

În realizarea pronunției corecte, subiectul trebuie să efectueze, pe de o parte, o comparație între propria pronunție recepționată de la persoanele din jurul său, iar pe de altă parte, trebuie să realizeze un autocontrol, pe baza auzului, asupra emisiilor vocale. Deficiențele auzului fonematic fac imposibil autocontrolul auditiv, și, în cazul acesta, logopatul face eforturi de îndreptare a vorbirii pe baza motrico-kinestezică a aparatului de emisie. Dacă la început dislaliei nu-și dau seama de pronunția lor defectuoasă, pe măsură ce se efectuează exerciții pentru dezvoltarea auzului fonematic, ei devin conștienți de tulburarea respectivă și fac eforturi pentru înlăturarea acesteia. Prin urmare în corectarea tulburărilor de pronunție, este necesar să se

acorde o atenție mai mare dezvoltării auzului fonematic, deoarece, așa cum rezultă, acesta constituie o condiție esențială în pronunția corectă.

Trebuie arătat de la început că dezvoltarea auzului fonematic nu coincide cu dezvoltarea atenției, cum cred unii. Poate exista o atenție instabilă, ca la debili mintal, dar nu în toate cazurile pot exista și deficiențe ale auzului fonematic, așa cum se întâmplă la copiii normali, care prezintă tulburări ale auzului fonematic, deși au o bună atenție.

La copiii preșcolari, dezvoltarea auzului fonematic se poate face sub forma unor jocuri (ghicirea vocii celor care îl strigă, identificarea vocii unor persoane cunoscute sau a strigătului animalelor, a păsărilor înregistrate pe casetă, prin întrecere în recitarea unor poezioare cu intonație etc.). În general, la cei cu tulburări de pronunție, sunt eficace pronunțarea, diferențierea și identificarea cuvintelor paronime. Considerăm că pentru dezvoltarea auzului fonematic sunt mai importante exercițiile în cuvinte decât pronunțarea sunetelor izolate, așa cum în corectarea dislaliei, cuvântul joacă un rol hotărâtor (Emilia Jurcău, N. Jurcău, 1989). Cuvintele care se folosesc pentru consolidarea sunetelor învățate, cât și a propozițiilor care cuprind grupuri de asemenea sunete contribuie și la dezvoltarea auzului fonematic. Așadar, folosind aceste cuvinte în corectarea dislaliei, se realizează, concomitent, și dezvoltarea auzului fonematic și, în felul acesta, consumul de energie este mai mic, iar timpul de corectare, mai scurt.

4) Educarea personalității, înlăturarea negativismului față de vorbire și a tulburărilor comportamentale sunt necesare la copiii de vârstă școlară dar, în special, la cei care se află în perioadele pubertății și adolescenței. Acest proces trebuie să înceapă, însă, odată cu corectarea tulburării de limbaj, indiferent de vârsta logopatului. Dacă în perioada preșcolară, tulburările personalității sunt întâlnite la puțini copii, la școlari, fenomenul dereglării verbale se conștientizează, devine apăsător și poate determina, la unii copii, devieri comportamentale, atitudini negativiste, o slabă integrare în colectiv, delăsare la învățătură, lipsa inițiativelor, reținere sau obrăznicie, nervozitate etc. La instalarea acestor tulburări contribuie adeseori, fără ca ei să-și dea seama, părinții și educatorii (prin apostrofarea și solicitarea insistentă să vorbească corect). Pe de altă parte, atitudinea colegilor de ridiculare și ironizare îi determină să devină retrași și închiși în ei înșiși.

• În această situație, educarea personalității trebuie să urmărească:

- a) redarea încrederii în propriile posibilități;
- b) crearea convingerii că tulburarea nu presupune un deficit intelectual;
- c) crearea convingerii că dificultatea de limbaj este o tulburare pasageră, care poate fi corectată ;
- d) crearea încrederii în logoped;
- e) înlăturarea negativismului și redarea optimismului.

Aceste obiective vor fi urmărite cu perseverență la logopații fără deficiențe mintale sau senzoriale, la cei cu tulburări senzoriale, dar și la debili mintal la care apar asemenea manifestări. Este știut că la aceștia din urmă, tulburarea de limbaj nu modifică atât de frecvent comportamentul, deoarece ei nu-și dau seama, în toate cazurile, de existența handicapului. La cei cu intelect de limită, ca și în cazurile de debilitate ușoară, fenomenul logopatiei este trăit pe un fond negativ, aproximativ asemănător cu celelalte categorii de subiecți.

În acest scop, se poate înregistra vorbirea subiectului la începutul tratamentului logopedic și apoi, periodic, pe măsura obținerii unor rezultate pozitive în activitatea de corectare, chiar dacă acestea sunt numai parțiale. Logopatul este invitat să-și asculte vorbirea din prima înregistrare și să o compare cu înregistrările efectuate ulterior, ceea ce îi dă încredere în sine și în logoped, dar și în perspectiva corectării handicapului. De asemenea, vorbirea subiectului în curs de corectare poate fi comparată cu a altui logopat necorectat. Dar un rol deosebit îl are atitudinea părinților, a cadrelor didactice și a colegilor față de persoana cu tulburări de limbaj. În acest sens, logopedul trebuie să stea de vorbă cu părinții și cu cadrele didactice, să le explice ce înseamnă tulburarea pentru copil și că ea va fi corectată, că ei trebuie să manifeste înțelegere și tact, dar nu indulgență. Față de aceștia, logopedul trebuie să folosească o vorbire calmă și plină de încurajare, să fie un exemplu în arta mînuirii cuvântului.

Rezultatele cele mai bune, în educarea personalității, le are psihoterapia. Caracteristicile folosirii psihoterapiei la dislalici sunt, în linii mari, asemănătoare cu cele ale folosirii ei la logonevrotici, descrise de noi într-un studiu anterior (1972). La cele mai importante particularități ale psihoterapiei, în educarea personalității logopatului, ne vom referi în continuare. Pentru aplicarea psihoterapiei, trebuie să se aibă în vedere, pe de o parte, etiologia și simptomatologia

tulburării, iar pe de altă parte, vârsta subiectului, particularitățile personalității lui, nivelul său de cultură și de dezvoltare intelectuală.

Psihoterapia are scopul de a înlătura stările psihice conflictuale. Ea vizează atât simptomele tulburării, cât și educarea întregii personalități. Prin psihoterapie se urmărește înlăturarea fricii patologice de a vorbi și a sentimentului de inferioritate. Subiectul trebuie convins că poate vorbi bine și că sensibilitatea sa exagerată este nejustificată. Așadar, psihoterapia are la bază o serie de metode și tehnici psihopedagogice care se folosesc în vederea restabilirii echilibrului psiho-fizic al subiectului, încercând să șteargă din mintea acestuia cauzele care au declanșat tulburarea, să înlătore și să prevină unele simptome, creând, în felul acesta, condiții favorabile pentru acțiunea altor procedee logopedice în cadrul unui tratament complex. Modul acesta de abordare este justificat și de faptul că însăși învățarea limbajului este privită de tot mai mulți autori ca parte generală a comportamentului uman complex (A. W. Staats, 1968).

Psihoterapia poate fi aplicată individual, mai ales pentru început, și credem că aceasta este modalitatea cea mai eficace, dar ea poate fi aplicată și în grup. Psihoterapia în grup este impusă de necesități practice, pe de o parte, pentru a beneficia de ea un număr cât mai mare de indivizi, iar pe de altă parte, pentru că vorbirea se desfășoară în relațiile cu alți oameni, stimulându-se, astfel, interesul pentru comunicarea verbală. Psihoterapia trebuie să se desfășoare sub forma unor ședințe sistematice, care să urmeze un plan bine stabilit, de la evocarea unor situații simple până la cele complexe, de la o tatonare plină de grijă a conflictelor și simptomelor pe care le manifestă subiectul, până la abordarea lor directă și intensă. La constituirea grupului este foarte important să se țină seama de vârsta subiecților, de nivelul lor cultural, de gradul de inteligență, de tipul de tulburare și de cauzele care au declanșat-o.

Forma sub care se poate utiliza psihoterapia este aceea a unor discuții, a prezentării unor filme, conținând imagini liniștitoare și semnificative, însoțite de discuții, a ascultării muzicii cu caracter liniștitor, a urmăririi, cu ajutorul benzii de magnetofon, a progreselor realizate în vorbire de către subiect și interpretarea lor, a utilizării sugestiei și hipnozei, a jocurilor (la vârste mici). R. Schilling folosește „jocul curativ logopedic”, în cadrul căruia copiii se substituie poezilor, regizorilor și actorilor. La început, aceste jocuri sunt fără voce, rezumându-se doar la mișcări, pentru ca treptat, să se ajungă la sunete și zgomote (imitarea unor animale, însoțite de mișcările

corespunzătoare: zgomotul unei mașini cu motorul pornit, a vântului etc.), la cântece și la vorbire. Jocurile de mișcare ajută la folosirea gesturilor expresive în timpul vorbirii, folosind apelative și indicative. În ultimul timp, în psihologia adulților se folosesc, cu succes, jocul, desenul, dramatizarea etc. Jocul poate fi utilizat ca tehnică a psihoterapiei, deoarece el are și funcții distractive ce „permit stabilirea unor dispoziții pozitive, care facilitează proiecția și deconectarea față de activități sau efecte ale situațiilor stresante. Funcția de deconectare, le rândul ei, este și o manifestare a funcției cathartice, funcție de curățire, de eliberare de acele elemente tensionale care se află în centrul motivației stresante” (U. Șchiopu, 1970, pag. 245).

În genere, psihoterapia bazată pe „loisir” permite depistarea și pătrunderea în relațiile complexe ce definesc personalitatea în înțelegerea influențelor exogrup și endogrup, cu scopul de a restabili condițiile firești ale dezvoltării personalității și integrării sale în colectiv. Principala formă sub care se desfășoară psihoterapia, începând cu adolescența și chiar cu pubertatea, rămâne discuția pe o temă liberă sau abordarea unui subiect stabilit de psihoterapeut. Este preferabil ca tema în discuție să vină din partea subiectului sau a grupului, iar psihoterapeutul să o direcționeze, să o controleze cu mult tact spre țelul propus. În ultima vreme, se pune un mare accent pe psihoterapia de grup. Dar sunt și psihoterapeuți care susțin necesitatea psihoterapiei individuale, cel puțin în unele faze ale desfășurării ei: unii o susțin înaintea psihoterapiei de grup, iar alții după. Desigur, nu trebuie exclusă nici combinarea celor două modalități psihoterapeutice.

O serie de lucrări în care se analizează psihoterapia în grup, fie că se referă mai mult la aspectele clinice, fie că insistă asupra celor ce privesc crearea unui confort psihic general, se fac aprecieri insistente asupra caracteristicilor grupului psihoterapeutic: egalitatea deplină a membrilor, intervențiile psihoterapeutului să nu fie autoritare și brutale, psihoterapeutul să se integreze discret și cu tact ca membru cu drepturi depline în grup etc.

Indiferent că este vorba de o psihoterapie individuală sau de grup, psihoterapeutul trebuie să aibă acele calități care să-l facă agreabil și acceptat pe de o parte, iar pe de altă parte, să aibă posibilitatea de a pătrunde în mod discret în frământările subiectului. Problemele abordate în discuție vizează înlăturarea unor blocaje afective, redarea încrederii în posibilitățile proprii, îndepărtarea fobiei și a inerției în vorbire, crearea condițiilor optime și stimularea dorinței

de a vorbi, îndemnarea la o vorbire calmă și clară, logică, dezvoltarea unei personalități demne și curajoase. În acest proces formativ, un rol esențial îl joacă însăși personalitatea psihoterapeutului. Exemplul său personal, comportarea sa etică, vorbirea cursivă, inteligibilă, nivelul de cultură și inteligență, conduita sa, în general, exercită o influență pozitivă asupra subiectului.

Psihoterapia nu trebuie limitată numai la cel ce suferă de o tulburare de limbaj, ea urmând a se extinde și asupra persoanelor cu care subiectul vine în contact: părinți, frați, surori, rude. Aceștia vor adopta o atitudine corespunzătoare față de vorbirea și comportarea persoanei, vor manifesta înțelegere și receptivitate, vor contribui la crearea unei atmosfere plăcute și liniștitoare, îi vor arăta încredere și răbdare. Astfel, activitatea psihoterapeutică este continuată pe un alt plan în cadrul familiei, ceea ce exercită o influență favorabilă asupra subiectului și, prin aceasta, asupra rezultatelor finale ale psihoterapiei.

Metodele și tehnicile psihoterapiei sunt dependente de o serie de factori subiectivi ce țin de structura psihică a individului, de natura lui psihică, dar și de natura sau manifestarea tulburării, de condițiile în care trăiește și își desfășoară activitatea.

În prezent, tot mai multe persoane simt nevoia unor intervenții cu caracter psihoterapeutic pentru că viața stresantă creează dereglaje ce se cer înlăturate, în vederea adaptării și readaptării la condițiile mediului înconjurător. Din acest punct de vedere, din perspectivă psihologică, și parțial psihopatologică, tehnicile psihoterapeutice cunosc o diversificare și dezvoltare continuă. C. Enăcheșcu (1998, pag. 180) precizează că „dincolo de aspectele culturale ale istoriei psihoterapiei, aceasta cunoaște o etapă riguros științifică în evoluția și dezvoltarea sa. În general, se afirmă că istoria psihoterapiei este traversată de două curente principale, și anume: a) aplicarea în scopuri terapeutice a procedurilor psihologice, cum ar fi: hipnoza, jocul sau improvizația dramatică; b) elaborarea de procedee noi, legate de o teorie psihopatologică, cum sunt: psihoterapia morală și psihanaliza.”

Prin sublinierea importanței psihoterapiei în reeducarea personalității dislalicului și, în general, a deficienților de limbaj, nu subapreciem contribuția metodelor și procedurilor logopedice specifice. Preconizăm o îmbinare cu acestea.

3. *Metode și procedee specific logopedice*

Așa cum am subliniat, această categorie de metode și procedee este diferită de la o grupă de tulburări la alta, ceea ce ne face ca în acest capitol să le analizăm numai pe cele care contribuie la corectarea tulburărilor de pronunție, urmând ca la abordarea altor tulburări, să intervenim cu terapia logopedică respectivă. Totuși, trebuie să relevăm că în tulburările de limbaj asociate, sunt unele elemente comune în ce privește terapia logopedică, în sensul că rezultatele pozitive obținute în corectarea unei tulburări se răsfrâng benefic și asupra celeilalte, contribuind la scurtarea timpului de intervenție prin mijloacele sale specifice. Rezultatele cele mai eficace și mai rapide, în corectarea tulburărilor de pronunție, se obțin prin emiterea corectă a sunetului afectat și, apoi, introducerea sa în cuvânt și propoziție. Automatizarea pronunției corecte se face prin folosirea cuvintelor ce conțin sunetul respectiv, în poziție inițială, mediană sau finală. Dar nu excludem posibilitatea utilizării unor exerciții de pronunție care să înceapă direct cu folosirea unor cuvinte simple, mono- și bisilabice, pentru început, iar apoi, să formuleze propoziții și fraze. Un asemenea procedeu poate fi aplicat în cazul copiilor mai mari și al adolescenților, al celor cu un intelect bine dezvoltat. Multe din aceste metode și procedee le-am utilizat și noi într-o anumită etapă a activității practice. Ele sunt folosite azi de majoritatea logopezilor din țară, motiv care ne determină să le prezentăm aici. Fără a le subaprecia valoarea, considerăm, totuși, că este necesară combinarea lor cu folosirea cuvintelor și a propozițiilor, ceea ce evită oboseala dislalicului și determină o participare mai activă în activitatea de corectare. În felul acesta, se realizează, chiar la vârstele mici, înțelegerea semnificației activității de corectare și se produce o colaborare între logoped și logopat. Adeseori, pentru pronunțarea izolată a sunetelor se folosesc o serie de mijloace ajutătoare. Printre acestea amintim oglinzile, care sunt folosite în dublu scop: pentru perceperea vizuală a modului de articulare a sunetelor, atât la dislalic, cât și la logoped, în sensul imitării poziției corecte a aparatului fono-articulator în timpul emisiei, iar pe de altă parte, pentru sesizarea aburirii oglinzii în pronunțarea anumitor sunete, pentru că în emiterea fiecăruia rămâne o umbră

anumită pe care subiectul o diferențiază de alte situații. Sunt folosite, de asemenea, sondele, spatula, trusa logopedică, mai ales pentru fixarea poziției corecte a limbii, buzelor etc. în pronunția sunetelor respective. Trusa logopedică conține o serie de sonde ortofonice și spatule, de folosirea cărora nu trebuie să se abuzeze nici după ce logopatul s-a obișnuit cu ele, și când acesta nu mai manifestă teamă (fig. 17a și 17 b).

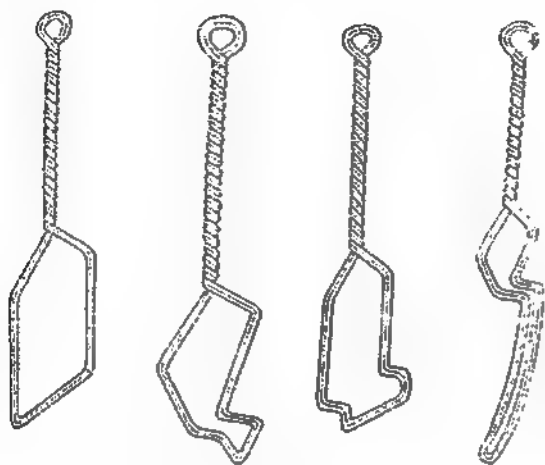


Fig. 17a.

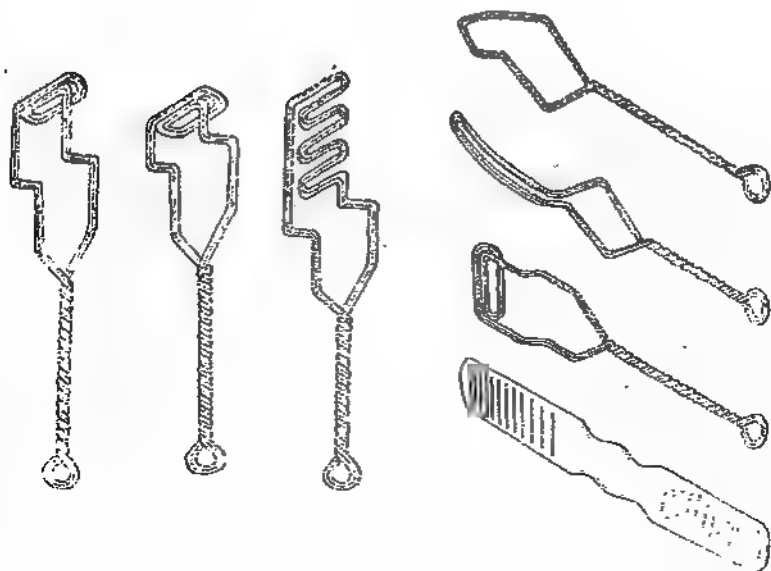


Fig. 17b.

Mai des se apelează la trusa logopedică în corectarea vorbirii dislalice a subiecților ce prezintă diferite anomalii organice, ca în cazurile de macroglosia și microglosia limbii, în despicăturile de buză și vâl palatin, în progenie și prognatism, cât și în formarea pronunției la cei cu deficiențe senzoriale: surzi, hipoacuzici, nevăzători. Folosirea instrumentarului logopedic la nevăzători se impune în cazurile dificile, din cauza imposibilității acestora de a imita, vizual, poziția corectă a aparatului fono-articulator în emisia diferitelor sunete. În lipsa acestora, se poate folosi un băț de chibrit sau o scobitoare, care se așează, la pronunțarea sunetului s, între dinți și deasupra limbii, fixarea poziției corecte a buzelor cu ajutorul degetelor etc. Unii logopezi folosesc mai rar imagini vizuale sau scheme care pun în evidență poziția normală a aparatului de articulație în timpul pronunțării sunetelor. Folosirea acestora nu se poate face la orice vârstă, ci numai atunci când subiectul poate să le înțeleagă și are unele cunoștințe despre anatomia și fiziologia aparatului fono-articulator. Dar cel mai frecvent se apelează la analizatorul tactil-kinestezic, pentru ca subiectul să poată sesiza diferențele de vibrație ale coardelor vocale, ale obrajilor și nărilor, cât și pentru perceperea jetului de aer, a concentrării sau împrăstierii sale, a căldurii sau uscăciunii în pronunția sunetelor (de exemplu, diferențierea, pe această cale, a sunetelor s de ș, r de l, m de n și invers).

Pentru a fi consecvenți cu modul de tratare, adoptat în capitolul în care am analizat principalele tulburări de pronunție, vom proceda în același mod și la descrierea și sublinierea metodelor și procedeele de corectare a pronunției în dislalie, rinolalie și disartrie. Metodele și procedeele pe care le prezentăm dau rezultate pozitive (ca de altfel și cele din prima grupă), atât la logopați normali psihic, cât și la cei cu deficiențe de intelect și senzoriale.

Ordinea corectării sunetelor pe care o prezentăm este justificată de noi și în funcție de frecvența tulburărilor de pronunție, ca și de dificultatea activității logopedice în educarea logopaților. Astfel se impune, în primul rând, corectarea fonemelor din familia lui s, apoi lichidele r și l, cărora le urmează consoanelor sonore (b, d, g) și în final corectarea consoanelor : f, n, m, c, p, t. Vocalele și semivocalele, ca și diftongii (oa și ea) și unele grupări de consoane (tr și fl) au fost lăsate la urmă, deoarece frecvența tulburării lor este mai rară și se întâlnesc, mai cu seamă, la deficienții de auz, în diferitele leziuni ale sistemului nervos central și în palatoschizis. Din practica logopedică,

rezultă că cel mai greu se corectează rotacismele și pararotacismele, după care urmează sigmatismele și parasigmatismele, dar ultima categorie are o frecvență mai mare decât prima.

Aparent, aceasta este o metodă care încalcă principiul de la simplu la complex, dar se poate justifica prin faptul că prin corectarea sunetelor dificile dispar unele dificultăți de emiterie, în cazul celor mai ușor de pronunțat, determinând o simplificare a lucrurilor. Desigur, în tulburările grave de pronunție, cum este disartria, este mai indicat să se înceapă activitatea de corectare cu sunetele care se emit cel mai ușor și apoi, gradat, să se ajungă la cele mai dificile.

Corectarea sunetului *s* prezintă cea mai mare importanță, din două motive: pe de o parte, pentru că este sunetul cel mai des deformat și înlocuit, iar pe de altă parte, pronunția lui corectă înlesnește și stă la baza emiterii celorlalte sunete din familia sa (și în primul rând a sunetelor *z*, *ț* și *x*). *Z* se pronunță având o poziție a aparatului articulator asemănătoare cu aceea a pronunțării sunetului *s*, numai că vocea se aude; se poate spune că este un *s* sonor. Din punct de vedere fonetic, *s* este o fricativă anterolinguală dental-alveolară surdă, spre deosebire de *z*, care este sonora ei. (Al. Rosetti, 1963). Sunetul *ț* este o africată anterolinguală și se pronunță corect prin deschiderea ușoară a gurii, în timp ce comisurile linguale sunt trase în părți, iar vârful limbii este apropiat de incisivii superiori care, la expulzarea aerului, se îndepărtează spre incisivii inferiori. *X*, ca fricativă postero-linguală surdă, nu se poate emite corect nici în dezvoltarea ontogenetică a copilului fără să se pronunțe mai întâi corect sunetul *s*.

Consoana surdă *ș* se emite corect prin rotunjirea buzelor și când limba capătă o formă de cupă, iar la expulzarea aerului se produce o rezonanță zgomotoasă. *J* este consoana sonoră a lui *ș*, iar poziția aparatului fono-articulator este, aproximativ, aceeași ca la pronunția lui *ș*; expulzarea aerului, însă, este mai slabă, iar vârful limbii are o vibrație ușoară.

Combinatia de sunete *ce* și *ci* se emite corect prin atingerea limbii de palatul dur, iar marginile laterale, de arcadele dentare superioare; la ieșirea aerului, limba se desprinde brusc de palat, ocupând poziția relaxată în planșeul bucal. Forma aparatului fono-articulator este relativ asemănătoare în pronunția lui *ce* și *cea* din timpul emisiei sunetelor *t* și *ș*. *Ge* și *gi* se pronunță printr-o poziție asemănătoare a aparatului fono-articulator, dar în plus apar vibrații laringiene.

Sunetul r are o frecvență mare în limba română. Pronunția corectă se realizează atunci când limba, în partea sa posterioară, ia forma plată și atinge cu marginile laterale arcadele dinților superiori, iar partea anterioară se ridică spre alveolele dinților superiori. La expulzarea aerului, vârful limbii vibrează repede, iar musculatura gâtului și a feței se contractă.

Consoanele sonore b, d, și n apar mai frecvent înlocuite în terminațiile cuvintelor. Toate paralaliile respective apar cu o frecvență și mai mare la hipoacuzici, bradipsihici, disartrici și afazici. Celelalte consoane sunt deformate și înlocuite la unii dislalici, dar mai ales la debilizii mintal și la cei cu rinolalie și disartrie.

Vocalele nu numai că sunt mai rar tulburate, dar ele se pot corecta mai ușor și datorită executării unor mișcări ale aparatului fono-articulator, care nu presupun un efort deosebit în timpul emisiei.

Corectarea sigmatismului și parasigmatismului se poate efectua, la vârste mici, prin imitarea săsăitului de șarpe, a mersului locomotivei, zumzetului de albină, a solicitării liniștii etc. În cazurile deficiențelor maxilo-faciale și în vegetații adenoide, se recomandă intervenția medicală înaintea terapiei logopedice.

În literatura logopedică sunt descrise, frecvent, metode și procedee de corectare a sunetelor afectate prin derivarea acestora din alte sunete corect emise. De obicei, în cadrul unei categorii de sunete, primul sunet pe care trebuie să-l formăm este cel de bază, ce va deriva din sunete apropiate ca pronunție. Dar sunt și autori care consideră că se pot forma mai ușor, prin derivare, sunetele ce apar primele în ontogeneză și care nu presupun mișcări prea fine ale aparatului articulator. Astfel, majoritatea logopezilor consideră că, în categoria sigmatismului și a parasigmatismului, primul sunet asupra căruia trebuie să ne oprim este s, în timp ce alții susțin că în activitatea logopedică este mai indicat să se înceapă cu emisia sunetului ʃ (M. Guțu, 1975, pag. 263-264).

În general, sunetul afectat poate fi derivat din acele sunete care sunt corect pronunțate și care, prin execuția lor motrică-kinestezică și auditivă, se apropie cel mai mult de el. De exemplu, sunetul r poate fi derivat din d, t, grupurile dt, td, care se pronunță repede și repetat ca apoi, la o anumită comandă, să se treacă la r. Emisia este ușurată de o poziție relativ similară și de vibrarea limbii prin repetare.

Sunetul izolat se mai poate obține prin indicarea poziției corecte a aparatului articulator și prin exersarea lui în fața oglinzii, în scopul imitării vizuale a modelului corect. În cazul când acesta nu

reuşeşte să pronunţe corect sunetele s şi z, va fi ajutat prin tragerea uşoară a obrazilor înapoi sau prin fixarea sondei sau a unui băţ de chibrit între dinţi, pentru formarea şanţului lingual dorsal necesar. Se va explica dislalicului că sunetul z se pronunţă având aceeaşi poziţie a aparatului articulator ca şi în cazul sunetului s, numai că primul este pronunţat cu voce. Pentru diferenţierea sunetelor s, z de ş, j, dislalicul va percepe, pe dosul palmei, aerul cald la pronunţarea sunetelor ş şi j. Când nu se obţine pronunţia corectă a sunetelor ş şi j, dislalicul poate fi ajutat prin strângerea uşoară a obrazilor, pentru formarea conturului necesar al buzelor. Se obișnuieşte ca formarea sunetului ț să se realizeze şi prin pronunţarea repetată şi rapidă a sunetelor ts, iar ce şi ci, prin pronunţarea sunetelor tşe şi tşi. Asemănător, se vor obţine şi sunetele ge, gi, prin derivarea lor din dje şi dji.

S lateral se corectează, ţinându-se arătătorul la o mică distanţă de centrul gurii dislalicului şi cerându-i acestuia să-şi îndrepte atât privirea, cât şi curentul de aer, care-i iese pe gură, spre degetul arătător.

Z pronunţat afon, adică asemănător sunetului s, se transformă în z, ducând mâna dislalicului la gâtul logopedului pentru perceperea vibraţiei coardelor vocale şi, apoi, la propriul său gât; astfel, poate compara diferenţele de vibraţie, corectându-se.

Ț deformat prin pronunţarea sa ca t sau s, se corectează solicitând dislalicului să apese cât mai puternic limba pe alveolele dinţilor din faţă şi de sus, iar în pronunţie, limba să fie lăsată cu iuţea în jos. Dacă, totuşi, nu reuşeşte să pronunţe satisfăcător fonemul respectiv, îi cerem să-şi arunce pumnii cu putere înainte, concomitent cu rostirea lui ț (ț presupune stăpânirea corectă a lui s; deci, el nu poate fi corectat fără prealabila stăpânire a acestui sunet).

Ş înlocuit prin s constituie una din deformările frecvente la copii. În cazul acesta, pronunţia corectă a sunetului ş se obţine prin strângerea buzelor sau prin rotunjirea lor, iar limba are o poziţie apropiată de dinţii superiori din faţă. Pentru a obţine forma corectă a buzelor, se pot strânge uşor obraii dislalicului, concomitent cu pronunţia sunetului ş. Aceeaşi mişcare trebuie s-o execute, ulterior, şi copilul, căruia i se mai poate cere să prelungească câtva timp pronunţarea fonemului respectiv.

J deformat, prin rostirea sa asemănătoare cu a sunetului ş, se corectează dacă cerem dislalicului să perceapă vibraţia coardelor vocale, ca la pronunţia sunetului Z. În acelaşi timp, se formează poziţia corectă a aparatului articulator, specifică pronunţiei sunetului j.

Corectarea se face tot prin strângerea buzelor și fixarea poziției corecte a limbii în timpul emisiei. La nevoie, se poate efectua și aici gestul de aruncare energetică a pumnilor înainte, concomitent cu pronunțarea sunetului. În același timp, dislalicul este solicitat să apese violent limba pe incisivii superiori, pentru a simți pe dosul palmei puternica explozie a aerului din gură, când sunetul este bine pronunțat. (Pronunțarea corectă a sunetelor compuse ce și ci presupune stăpânirea corectă a sunetului ș).

Ge și gi sunt deseori înlocuite cu dze și dzi sau, uneori, cu ce și ci. Paralaliile acestea se elimină tot printr-o rotunjire accentuată a buzelor și prin aruncarea energetică a pumnilor înainte, ca și prin apăsarea dosului limbii pe dinții din față și de sus și prin sesizarea vibrațiilor coardelor vocale. De astă dată, vibrațiile trebuie să fie foarte puternice.

X deformat se obține prin pronunțarea grăbită și energetică a sunetului c, urmat imediat de sunetul s. Se poate obține x și prin pronunțarea sunetului g, urmat repede de z, așa încât perechile de consoane să alcătuiască un singur sunet.

După obținerea izolată a sunetelor, ele vor fi fixate în cuvinte, la început în cuvinte mai simple, apoi în cuvinte mai complexe. Sunetul ce se fixează în cuvinte, va ocupa poziții diferite (inițial, la mijloc și final). C. Calavrezo a alcătuit o listă de cuvinte și propoziții care respectă regulile amintite. Câteva exemple sunt edificatoare pentru corectarea tulburărilor de pronunție și pentru automatizarea pronunției corecte a sunetelor în cuvinte și propoziții.

1. *Cuvinte ce conțin pe s inițial:* sub, suc, sul, sun, sac, sat, supă, sunet, Sică, silă, sită, Sile, sifon, sirop, săpun, sărat, sete, sobă, soră, sală, sapă, salam, salut, sare, Sava
2. *Cuvinte ce conțin pe s median (în interior):* usuc, iese, rasol, casă, lasă, masă, coase, coasă, Tase.
3. *Cuvinte ce conțin pe s final:* dus, pus, vis, des, os, cos, las, ros, noros, pufos.

Sunt numeroase lucrări de specialitate în care se găsesc, amănunțit, asemenea liste de cuvinte folosite în corectarea diferitelor sunete și grupuri de sunete (E. Vrăsmaș, C. Stănică, 1997, I. Mititiuc, 1996).

4. *Propoziții ce se pot alcătui cu cuvintele respective:*

Sava ia sapa. Supa n-are sare. Am sărat supa. Sile are sanie. Se aude un sunet. Pun sifon în sirop. Tase coase. Coase în casă. În casă e o masă. Las un vas. Iar ies la cules. Am, des,

un vis. Coase sacul. Coase pe masă. Gust de must. Am sădit un salcâm. Sacul s-a uscat. Sandu gustă suncul. În sat, sunt stupi. S-a dus la cosit. Stan stă pe scaun. Casa noastră e spațioasă. Stelian s-a întors acasă. Lasă pe Vasile în casă. S-a ascuns pisica. Vasile este sănătos. Sanda s-a întors din sat. S-a dus pe scară în sus. Studentul nostru este serios, dar sfios. Sanda a scris surorii sale o scrisoare.

După același procedeu, se pot alcătui cuvinte și propoziții și pentru celelalte sunete.

În fine, după același procedeu, se corectează toate celelalte defecte de pronunțare, ca dealtfel și rotacismul și pararotacismul. De obicei, derivarea sunetului r se face din pronunțarea rapidă și repetată a sunetelor t sau d, trecându-se în r (sau se pronunță repede td...td...td...tdr). Se explică subiectului poziția corectă a organelor participante la pronunție și în special faptul că vârful limbii, lipit de alveolele superioare, vibrează de două, trei ori, prin expulzarea aerului. În cazul când vibrarea vârfului limbii nu se poate realiza, subiectul poate fi ajutat cu o spatulă sau cu degetul, care antrenează mișcări la dreapta și la stânga. Rezultatele bune se obțin și prin perceperea tactil-chinestezică a vibrațiilor coardelor vocale, prin palpare de către dislalic în timpul pronunției, atât la el, cât și la logoped. Din acest punct de vedere, sunetul r este cel mai bine și mai ușor sesizabil. În același scop, copiii preșcolari și chiar școlarii mici pot imita starea de frig (brr, brrr), fohnitul cailor, zgomotul motorului etc.

Liebmann arată că r se poate pronunța corect prin derivarea sa din l. El solicită subiectului să pronunțe *lalala*, în timp ce apasă ușor pe bărbie, făcând-o să vibreze; prin aceasta, se influențează vibrarea vârfului limbii.

R, substituit prin l, este cea mai frecventă formă de dislalie a acestui sunet la copii; se înlătură relativ ușor, folosind exercițiile care cuprind cuvinte cu ra inițial și, apoi, cu re în celelalte poziții. Cereim copilului să pronunțe cuvintele respective, independent sau în propoziții, cu gura cât mai deschisă. După câteva încercări, va pronunța corect sunetul r. Continuăm cu aceste exerciții până la fixarea lui. Apoi, trecem la exerciții cu sunetul r, urmat de alte vocale și în combinații cu toate celelalte foneme.

R apical (pronunțat cu vârful limbii) se obține de la cei care-l înlocuiesc cu r uvular sau cu alt sunet, prin exerciții conținând cuvinte

cu combinația de consoane r. Se pronunță cu un suflu energic, pentru ca băuzele să vibreze puternic.

În final, ca și în cazul sigmatismului, sunetul r se consolidează în cuvinte și în propoziții.

1. *Cuvinte ce conțin sunetul r inițial:* rac, ras, rod, roi, rom, ros, roz, rău, răd, răs, rău, rahat, ramă, rană, rapid, rată, rază, Rada, Radu, român, rouă, Roata, Rece, rudă, rufe.
2. *Cuvinte ce conțin sunetul r în interiorul lor:* are, mare, sare, tare, gară, pară, țară, vară, horă, soră, soare, bere, mere, șură.
3. *Cuvinte ce conțin sunetul r final:* car, dar, par, sar, vor, cor, dor, nor, măr, păr, cer, ger, pahar, sobar, popor.
4. *Propoziții ce pot fi alcătuite cu cuvintele respective:*

Radu râde. Rada mi-e rudă. A rămas rama. Are o pară. E horă mare. Horia e în țară. Am un păr și un măr. Tare mai râde. Afară e ger. Radu vine diseară. În măr mai văd mere. E mai răcoare. E tare frig afară. Un roi zboară peste râu. Are un trandafir. Radu trece pe cărare. Sub măr, e umbră și răcoare. Un măr din grădina noastră e tare roditor. Vara trecută, gospodăria a avut o recoltă record.

Pentru restul sunetelor nu mai prezentăm asemenea exemple, deoarece ele pot fi alcătuite, la nevoie, de către logoped.

Dislalia celorlalte sunete este întâlnită mai rar, iar corectarea lor se realizează mai ușor. În genere, în corectare, se folosesc aceleași principii ca și în cazurile de mai sus. Pentru corectarea acestor sunete se folosește, cel mai frecvent, metoda derivării. De pildă, sunetul p, când este afectat, se obține din pronunția cu suflu puternic a sunetului b și prin încordarea buzelor, ceea ce determină o atenuare a vibrații coardelor vocale (specifică pentru p); sunetul b afectat se obține din pronunția corectă a sunetului m, prin strângerea narinelor cu degetelor în timpul emisiei; sunetul f afectat se obține din pronunțarea corectă a lui p, prin retragerea buzei inferioare; sunetul v derivă din f pronunțat cu voce; sunetul d se poate realiza din pronunțarea lui n și strângerea narinelor ș.a.m.d.

Când b este înlocuit prin consoana surdă p, sunetul b se obține cerând dislalicului să simtă cu dosul palmei că explozia aerului este mai puternică la sunetul p și că la acesta coardele vocale nu vibrează, spre deosebire de sunetul b.

D substituit prin t se corectează ca și b. În plus, cerem dislalicului să-și apese puternic vârful limbii pe dinții de sus.

G înlocuit prin c se obține ca și d. La nevoie, ușurăm pronunțarea sunetului g, apăsând cu degetul sub bărbia dislalicului, pentru a-i ridica limba spre palatul bucal.

V substituit prin f se obține ca și b. Pentru înlesnirea articulării, cerem dislalicului să atingă cu buza de jos incisivii superiori, în timp ce încearcă să pronunțe sunetul v.

Când f este afectat, se obține prin suflarea, printre buzele aproape închise, a unui curent de aer. Dacă nu-l obținem astfel, cerem subiectului să sufle spre o bilă sau o bucățiță de hârtie pentru a le pune în mișcare. Apoi mărim din ce în ce distanța dintre gură și obiect. Un alt procedeu este acela al stingerii unei flăcări de chibrit sau de lumânare la distanțe din ce în ce mai mari față de gură.

H afectat se corectează punând dislalicul să sufle cu gura întredeschisă asupra unei oglinzi reci (oglinza se aburește) sau asupra dosului palmei; el va simți un curent larg și cald de aer.

N înlocuit cu i se corectează determinând subiectul să atingă cu vârful limbii alveolele dinților de sus. Pronunțarea lui n se ușurează, dacă ducem arătătorul copilului la una din nările noastre și apoi, la a lui; el va simți vibrația, dacă fonemul este corect articulat.

M substituit cu b se corectează prin perceperea tactilă de către dislalic a vibrației obrazului, întâi la logoped și apoi la el însuși.

Când fonemul c este înlocuit cu t, cerem dislalicului să-și deschidă cât mai mult gura, astfel încât limba să nu poată atinge alveolele dinților de sus la pronunțarea lui c. Apoi, îl îndemnăm să compare deosebirea dintre suflul aerului la pronunțarea lui c față de a lui t. Când se pronunță t, aerul este mai puternic și mai concentrat, iar cel de la pronunțarea sunetului c este mai slab și mai difuz.

P, care este uneori substituit cu b, se corectează prin diferențierea suflurilor de aerului necesar emisiei. La p, el este mai puternic decât la b, la care se simt și vibrațiile coardelor vocale.

T se realizează prin atingerea ușoară, de către limbă, a alveolelor incisivilor superiori și nu prin apăsarea lor puternică de către dosul limbii. La t, suflul este mai puternic decât la d, iar numai la acesta dislalicul poate simți vibrațiile coardelor.

Vocalele, semivocalele și diftongii:

A este vocala care se obține printr-o deschidere a gurii de circa 15 mm și prin apăsarea limbii pe planșeul bucal inferior.

Â (deseori deformat de către hipoacuzicii de toate gradele, ca și de către disartrici) se obține prin așezarea palmelor dislalicului pe pieptul logopedului și apoi pe propriul său piept: el va simți vibrațiile

toracelui, când ă este corect pronunțat. Pentru pronunția corectă a vocalei ă, este necesară o deschidere a gurii de circa 9 mm, iar vârful limbii trebuie să fie ușor retras în interiorul cavității bucale.

E este de multe ori deformat de hipoacuzici, disartrici și de către cei care suferă de nazonanță deschisă. Ei îl pronunță mai mult sau mai puțin „întunecat”, atunci când este realizat cu efort. Pentru corectarea lui, vom cere subiectului să-l pronunțe în partea anterioară a gurii. În acest scop, îi putem solicita subiectului să execute gestul de aruncare a mâinilor de la piept înainte, concomitent cu articularea sunetului. (Mâinile trebuie să le țină cu palmele spre piept). Vocala e se pronunță corect, când vârful limbii se sprijină pe dinții incisivi inferiori, iar partea sa dorsală este ușor ridicată.

I, pe care-l deformează mai ales hipoacuzicii, se corectează prin executarea gestului de ducere în fața tâmplei a degetului arătător, iar vârful limbii sprijinit pe incisivi inferiori, partea posterioară fiind încordată, ridicată ușor spre palat.

Î, pe care îl deformează hipoacuzicii sever, se poate obține fie prin tragerea laterală a comisurilor buzelor, fie prin perceperea cu palma a vibrațiilor produse de fonem, în creștetul capului sau sub bărbie.

O, corect pronunțat, se realizează prin deschiderea mai mare și rotundă a gurii, limba retrasă în interiorul cavității bucale și prin rotirea în jurul gurii a arătătorului.

U se obține printr-o deschidere mică și rotundă a gurii și printr-o ușoară fuguiere a buzelor, în timp ce partea posterioară a limbii este ridicată.

Diftongii oa și ea, monoftongați și reduși la a, se obțin corect prin exersarea pronunțării ușor prelungite a primei vocale, urmată la scurt timp de pronunțarea celei de-a doua și apoi prin articularea mai rapidă a celor două vocale succesivă.

Grupările de consoane tr și pl:

Tr se obțin prin apăsarea puternică a limbii pe alveolele dinților incisivi și prin suflarea puternică și explozivă a aerului din gură.

Pl se realizează prin alipirea buzelor și prin explozia puternică în afară a suflului de aer reținut de vârful limbii lipite de cerul gurii. Pronunțarea acestei grupări de consoane se ușurează prin efectuarea gestului de aruncare scurtă și energică a capului în jos.

La deficienții de auz, dislalia este mai gravă și are o gamă mai întinsă. Tulburarea pronunțării vocalelor, care este rar întâlnită la

normali, apare frecvent la hipoacuzici. Imitarea vizuală a modului de articulare corectă dă rezultate pozitive. Majoritatea hipoacuzicilor prezintă un ton de bază al pronunțării vocalelor mai ridicate și o amplitudine mărită, ceea ce determină dificultăți în diferențierea și identificarea sunetelor.

La debili mintal, pronunțarea se caracterizează prin neclaritate și monotonie. Cuvintele simple se pronunță mai ușor, dar se manifestă o dislalie a silabelor, în special în cuvintele complexe. În corectarea dislaliei, automatizarea sunetelor în cuvinte se realizează cu dificultate și din cauza vocabularului sărac, a neformării structurii silabelor, a nede dezvoltării auzului fonematic și a inerției vorbirii. Structura vorbirii copiilor depinde de o serie de factori de ordin psihologic, astfel că „alegerea multor mijloace gramaticale de exprimare reflectă particularitățile gândirii copilului, orientată, mai ales, către concret, către situațiile determinate afectiv” (Cazacu Slama T., 1957, pag. 401).

Spre deosebire de normal, la debilul mintal dislalia capătă forme mai rebele și mai labile, ceea ce duce, în procesul de corectare, la recăderi mai frecvente. Datorită acestei lăbilități mari, fixarea formei corecte se realizează cu mai mult efort, iar activitatea de educare trebuie urmărită nu numai în cabinetul logopedic, ci în toate lecțiile specifice școlilor speciale.

În educarea pronunțării corecte, o mare importanță o are folosirea unor propoziții și fraze cu rimă. Acestea sunt repetate cu plăcere de către copil și în afara orelor de activitate logopedică. Rezultate bune, în corectarea dislaliei, se obțin și prin folosirea gestului și a mimicii în timpul pronunțării. În special, la dislalie cu deficiențe auditive, gestul și mimica le ușurează perceperea sunetului și îi ajută să-l integreze în cuvânt, ca și folosirea dactilemelor, de altfel.

La copiii cu hipoacuzie mai accentuată, se recomandă, ca în corectarea dislaliei, să se folosească protezele auditive, pentru perceperea clară a pronunțării și pentru a putea imita mai bine, auditiv, modelul corect.

La deficienții de vedere, în corectarea dislaliei, un accent deosebit trebuie să se pună pe imitarea auditivă corectă a pronunției. Suplinirea vederii se poate realiza și prin exerciții de derivare a unor sunete pronunțate incorect din acele sunete care sunt emise fără dificultate și prin perceperea tactil-kinestezică a mișcărilor pe care le execută aparatul fono-articulator în timpul pronunțării corecte.

În general, toate metodele și procedeele descrise pot fi aplicate la ȋricare categorie de subiecȋi cu tulburȃri de pronunȋie, cu condiȋia sȃ se accentueze acea laturȃ care le este mai accesibilȃ și sȃ se ȋnȃ seama de vȃrstȃ, de deficienȋele asociate dislaliei, de nivelul dezvoltȃrii intelectuale, de personalitatea subiectului.

Exersarea pronunȋȃrii corecte a sunetelor, dupȃ procedeele descrise mai sus, se finalizeazȃ cu fixarea acestora ȋn cuvinte. Iniȋial, fixarea sunetelor se va face ȋn cuvinte mai bine cunoscute de dislalic și care pot constitui, ulterior, cuvinte de sprijin pentru utilizarea unui vocabular mai complex.

Dacȃ subiectul știe sȃ scrie și sȃ citeascȃ, odatȃ cu obȋinerea corectȃ a sunetului, acesta se exerseazȃ și se fixeazȃ, atȃt ȋn vorbirea oralȃ, cȃt și ȋn cea scrisȃ și cititȃ. Prin acestea, se dezvoltȃ posibilitȃȋile de analizȃ și sintezȃ a cuvȃntului, stimulȃndu-l pe subiect ȋn comunicarea cu cei din jur.

ȋn toate metodele și procedeele descrise pentru corectarea diferitelor sunete, ȋn funcȋie de vȃrstȃ și ȋn mȃsura dotȃrii cabinetului logopedic, pentru a imprima și tentȃ de joc, dar și pentru a facilita emiterea verbalȃ, se pot folosi și aparate cu ecran, pe care se vizualizeazȃ unda pronunȋiei corecte, peste care trebuie sȃ se suprapunȃ unda pronunȋiei subiectului (repetȃnd pȃnȃ ajunge la aceastȃ performanȃ) sau apare pe ecran un obiect ce dispare treptat și gradat, prin lovirea sa de o rachetȃ, iar efectul este dependent de pronunȋia mai mult sau mai puȋin corectȃ. Poate fi și o pȃpușȃ conectatȃ la ecran și așezatȃ la loc vizibil, care bate din palme la pronunȋarea corectȃ a subiectului ș.a.

4. Organizarea activitȃȋii de practicȃ logopedicȃ

Organizarea activitȃȋii de practicȃ logopedicȃ nu se face numai pentru corectarea tulburȃrilor de pronunȋie, ci și pentru toate celelalte tulburȃri. Aceasta privește, ȋn egalȃ mȃsurȃ, amenajarea spaȋiului ȋn care se desfȃșoarȃ activitatea, inclusiv dotarea cabinetului cu mobilier și materialul didactic necesar, ca și selectarea unor probe pentru diagnoza tulburȃrilor de limbaj, a metodelor și procedeeleor educaȋional-corective și a unui material informativ din domeniul logopediei și din domenii tangente cu preocupȃrile respective.

Succesul activității logopedice depinde nu numai de metodele și procedeele aplicate, de priceperea specialistului, dar și de modul în care este organizată activitatea de corectare. Întregul complex de măsuri organizatorice are la bază o serie de principii izvorâte din însăși activitatea practică cu logopații, după care se ghidează nemijlocit logopedul. O importanță deosebită o are locul unde funcționează cabinetul logopedic, cât și populația logopată pe care o deservește. În aceeași măsură, interesează frecvența tulburărilor de limbaj din raza cabinetului logopedic, categoria de vârstă a subiecților și nivelul dezvoltării mintale a acestora.

Există un anumit specific al activității logopedice desfășurate în cadrul centrelor interșcolare, deosebit de cel din cabinetele logopedice de pe lângă policlinici, spitale sau de pe lângă școlile speciale. În principiu, activitatea centrelor logopedice interșcolare se desfășoară cu subiecți logopați normali, din punct de vedere psihic și senzorial (celelalte cabinete sunt frecventate de subiecți cu tulburări de limbaj, apărute pe fondul unor deficiențe psihice, organice-funcționale, senzoriale și intelectuale). Se înțelege că, în funcție de aceste particularități, cât și de particularitățile de vârstă, de nivelul instrucției și culturii logopaților, sunt diferite și tipurile de activitate. Toate aceste caracteristici determină specificul activității logopedice. La ele se adaugă tipul tulburării de vorbire și modul cum acesta influențează personalitatea și conduita logopatului.

Dacă pentru cabinetele logopedice din școlile speciale și din centrele de plasament, din policlinici și spitale, acțiunea de depistare a subiecților cu tulburări de vorbire prezintă o importanță mai mică, deoarece există evidența lor, pentru cabinetele logopedice interșcolare, la fiecare început de an școlar trebuie inițiată o acțiune de depistare a tuturor (sau a majorității) copiilor școlari și preșcolari care prezintă diferite deficiențe de limbaj și care au nevoie de un tratament logopedic. Este necesară o evidență strictă a copiilor deficienți, pentru a putea începe activitatea de corectare în funcție de vârstă și gravitatea tulburării. Considerăm că este necesar să fie luați în tratament, în primul rând, copiii preșcolari și școlarii mici, pentru a nu permite tulburărilor de vorbire să se transforme în deprinderi greșite, cât și pentru optimizarea procesului instructiv-educativ. Se știe că deprinderile deficitare se înlătură mai greu și într-un timp mai îndelungat; formarea unor automatisme noi, însă, se realizează mult mai repede. Nu trebuie neglijăți nici acei școlari care sunt la vârsta pubertății și adolescenței, știut fiind că tulburările de limbaj provoacă

- mai ales în această perioadă – pe fondul unei excitabilități crescute și a frământărilor lăuntrice, modificări profunde în personalitatea logopatului. La această vârstă, activitatea logopedică trebuie să fie deosebit de atentă, știute fiind preocupările acestei categorii de subiecți față de propria persoană și susceptibilitatea acestora în relațiile cu cei din jur.

În acest context, activitatea logopedică se poate organiza pe etape, pentru a ierarhiza importanța obiectivelor și a stabili prioritatea demersurilor ce se fac. Astfel, în prima etapă, etapa de depistare, logopedul efectuează un examen sumar al vorbirii copiilor, din toate punctele de vedere (al articulării, al fonației, al respectării regulilor gramaticale, al lexicului etc), fixând un diagnostic provizoriu. Unele date suplimentare, ce țin de comportamentul logopatului, pot fi menționate, fie pe baza observației directe, fie din relatările cadrelor didactice. Dar diagnosticul diferențial se va preciza mai exact în cabinetul logopedic. În etapa de depistare, atât cât permite timpul, se vor efectua observații asupra sunetului sau grupului de sunete afectate, asupra tipurilor de cuvinte în care este deficitar, cât și a modului cum subiectul înțelege vorbirea persoanelor înconjurătoare, fluența vorbirii și a scrisului ș.a.

Cea de-a doua etapă, etapa de corectare, se va desfășura în cabinetul logopedic sau prin activitatea logopedului direct în școală sau în grădiniță. Atunci când sunt logopați cu tulburări grave, ca dislalie polimorfă, logonevroză, alalie, afazie sau când apar complicații psiho-comportamentale, ca urmare a handicapului de vorbire, este indicat ca pentru început (câteva ședințe) activitatea de corectare să se desfășoare individual. Pe măsură ce subiectul se acomodează cu logopedul și începe să aibă încredere în el, se pot constitui grupe, pentru a putea beneficia de activitatea de corectare, un număr cât mai mare de logopați. Dacă tulburările de limbaj sunt ușoare și nu produc efecte negative deosebite în planul personalității, se pot constitui, de la început, grupe pentru corectare. Avantajul activității de corectare pe grupe rezultă și din faptul că subiecții se stimulează reciproc. În plus, se formează obișnuința de a vorbi în fața colectivului, facilitând integrarea subiectului în acesta.

Constituirea grupelor de logopați trebuie să aibă la bază câțiva parametri mai importanți:

- aproximativ aceeași vârstă;
- același nivel de dezvoltare psihică și intelectuală;
- același tip de tulburare.

Pentru a se putea realiza o conlucrare eficientă cu fiecare subiect, grupele de logopați nu trebuie să fie prea mari (4-6 subiecți). Activitatea în grup devine mai eficientă atunci când se adoptă și exerciții ajutătoare, premergătoare aplicării metodelor de corectare a limbajului. Din această categorie fac parte, cum s-a văzut, exercițiile de respirație, de gimnastică pentru dezvoltarea motricității generale și a motricității aparatului fono-articulator, de dezvoltare a auzului fonematic, de psihoterapie etc.

O importanță similară trebuie acordată, selectării textelor folosite în efectuarea exercițiilor pentru corectarea limbajului. Este de remarcat că asimilarea modalităților de corectare este dependentă și de forma textelor și povestirilor, de conținutul acestora care trebuie să respecte anumite condiții.

Oamenii învață mult mai repede și rețin mult mai ușor materialul care corespunde interesului și atitudinilor lor, așa cum am mai arătat (este adevărată și reciprocă) - (Levine și Murphy).

Pentru optimizarea activității de corectare a tulburărilor de pronunție, se vor folosi instrumente și material didactic din dotarea cabinetelor logopedice. Susținem utilizarea unor instrumente (ca cele din trusa logopedică) numai în caz de absolută nevoie (ele au o eficiență limitată, iar unii copii pot manifesta teamă sau chiar negativism față de ele). Întregul material din dotarea cabinetelor logopedice se va folosi în funcție de vârstă, de înțelegerea subiectului, de tipul de deficiență și de posibilitățile de adaptare față de acesta.

Printre cele mai importante instrumente, aparate și material didactic ce pot fi folosite în corectarea tulburărilor de limbaj și care intră în dotarea cabinetului logopedic, menționăm:

- trusa logopedică: conține o serie de instrumente - spatule, sonde pentru fixarea poziției corecte a limbii, buzelor în timpul emisiei sunetului afectat;
- spirometrul, folosit pentru măsurarea și exersarea capacității respiratorii;
- casetofonul, cu ajutorul căruia se înregistrează vorbirea subiectului în diferite etape de corectare, în scopul marcării progreselor înregistrate, pentru ascultarea propriei vorbiri, dar și a unei vorbiri corecte (pentru comparația între rezultatele anterioare și cele prezente, la care este solicitat subiectul);
- metronomul sau dinamometrul, pentru imprimarea ritmicității vorbirii;

- oglinzile logopedice, cu ajutorul cărora se realizează controlul pronunției (nazale sau bucale) și imitarea vizuală a modelului corect;
- canapeaua medicală, necesară exercițiilor de respirație și a echilibrării expir-inspir;
- scheme și imagini care indică poziția corectă a aparatului fono-articulator în timpul pronunției diferitelor sunete;
- imagini pentru stimularea vorbirii, mai cu seamă în cazul copiilor mici;
- diapozitive folosite în același scop;
- jucării în care se poate sufla (pentru exersarea capacității respiratorii) etc

Adeseori, în practica logopedică, în timpul corectării dislaliei sau a altor tulburări de limbaj, se utilizează ilustrații. Acestea nu contribuie direct la corectarea vorbirii tulburate, dar ele sunt utile, mai ales în munca cu preșcolari mici, deoarece le stimulează activitatea verbală. Folosirea ilustrațiilor asigură:

- întuirea obiectelor și fenomenelor;
- declanșarea spontană a denumirii acestora;
- stimularea interesului pentru activitatea verbală;
- demonstrarea mai facilă a sensului ideilor vehiculate.

Conținutul și varietatea ilustrațiilor sunt condiționate de vârstă și de nivelul înțelegerii copiilor. Se impune o mare atenție din partea logopedului, deoarece folosirea unor ilustrații cu aglomerări mari de obiecte sau fenomene distrage atenția copilului de la scopul activității logopedice. Mai eficiente ni se par suitele de imagini. Ele permit constituirea narației unitare, din care putem desprinde nu numai modul cum pronunță subiectul, dar și nivelul înțelegerii conținutului celor prezentate. Faptul ne îngăduie aprecieri și asupra nivelului dezvoltării intelectuale a subiectului, ceea ce prezintă o importanță deosebită în stabilirea metodelor și procedeele de corectare a vorbirii. Dar oricâte avantaje ne-ar conferi, nu optăm pentru utilizarea excesivă a ilustrațiilor, nici chiar în cazul preșcolarilor, pentru că astfel ne abatem de la scopul principal, acela de corectare a vorbirii.

Un alt aspect, căruia merită să-i acordăm importanța cuvenită și care face parte integrantă din concepția noastră cu privire la modul de organizare a activității logopedice, este acela al asigurării continuității corectării vorbirii și în afara cabinetului logopedic (în familie, în grădiniță, în școală, la locul unde își desfășoară activitatea

logopatul). Pentru realizarea acestui deziderat, este necesară asigurarea unei colaborări permanente între logoped, cadrele didactice și membrii familiei logopatului. Părinții trebuie inițiați pentru a putea continua unele exerciții prescrise de specialist și mai ales acelea care urmăresc consolidarea sunetului corectat, prin folosirea lui în propoziții și povestiri adecvate. În același timp, părinții trebuie determinați să înțeleagă necesitatea abținerii de la unele inițiative care pot dăuna vorbirii subiectului. Persoanele din anturajul logopatului pot fi de un real folos, prin crearea unui climat favorabil activității, prin stimularea continuă și manifestarea înțelegerii față de deficiența sa. O atmosferă corespunzătoare în familie poate evita eșecul școlar în care subiectul se poate lăsa antrenat, nu din cauza incapacității sale intelectuale, ci datorită frământărilor lăuntrice și a pierderii încrederii în propriile-i forțe.

Diversificarea și specializarea tot mai accentuate a profesiilor, precum și creșterea ponderii factorului intelectual în desfășurarea diferitelor activități, corespunzător cu creșterea permanentă a necesarului de forță de muncă de înaltă calificare pe care o reclamă dezvoltarea socială actuală, impun școlii eforturi tot mai mari în reducerea și chiar eliminarea eșecurilor.

Problema randamentului școlar este astăzi, mai mult ca oricând, în atenția pedagogilor și psihologilor, chemați să găsească cele mai eficiente metode și procedee, care să ridice nivelul calitativ al procesului instructiv-educativ. Sunt numeroase situațiile în care așa-numitele cazuri-problemă s-ar putea rezolva printr-o cunoaștere profundă. Astfel, am înțelege că este vorba, de fapt, nu de cazuri-problemă, ci de elevi cu probleme, a căror rezolvare este posibilă printr-o strânsă colaborare între școală-familie-psihologi și pedagogi.

Depistarea diferitelor tipuri și grade de deficienți ar permite luarea lor în evidență și tratament, și desfășurarea, cu acești elevi, a unei activități și tratament și desfășurarea cu aceștia a unei activități instructiv-educative specializate, care să-i scoată din categoria elevilor cu insuccese școlare sau din categoria „elevilor problemă”. Adesea, se ajunge la un decalaj mai mare între elevii cu diferite deficiențe și elevii normali, datorită opticii unor pedagogi cu privire la posibilitățile acestora. Se consideră, adesea - când există în clase și elevi cu tulburări de vorbire - că ei nu pot să se ridice la nivelul exigențelor colectivului respectiv, acordându-li-se, de multe ori, doar calitative minime, necesare promovării dintr-o clasă în alta. Trecerea ulterioară a acestor elevi în alte forme de școlarizare, îi pune în fața unor situații

dicile, pe care , de multe ori, nu le pot rezolva, devenind într-adevăr „elevi-problemă”.

Tulburările de limbaj pot fi foarte variate – de la forme ușoare aproape insesizabile sub raportul randamentul școlar, a căror manifestări nu influențează vizibil reușita la învățătură – până la tulburări grave, cu implicații profunde în desfășurarea activității școlare.

În unele forme ale tulburărilor, se poate constata o rămânere în urmă a elevilor, începând chiar din primele clase de școală. Ca urmare a unor cauze obiective, manifestarea deficienței de pronunție, spre exemplu, atrage după sine apariția dificultăților de scriere. Dacă fenomenul nu se înlătură la timp, decalajul față de ceilalți elevi va crește treptat, elevul respectiv ajungând să fie considerat slab dotat, din punct de vedere intelectual. În acest caz, însuși elevul va accepta acest calificativ, adoptând o atitudine de totală inactivitate. În unele forme grave de logopedie, se pot întâlni și alte aspecte: elevul poate avea un randament școlar mult mai scăzut decât posibilitățile lui, datorită unei integrări defectuoase în colectivul de elevi și a existenței unor relații anormale între familie și școală.

Integrarea logopaților într-un colectiv nepregătit pentru primirea unor astfel de elevi va fi dificilă; foarte repede, elevul va deveni ținta ironiilor colegilor săi, va fi imitat, va fi izolat de ceilalți copii, ceea ce va duce, treptat, la o închidere în sine, la slăbirea încrederii în capacitățile proprii, la autorealizare, la trăirea unor stări penibile în fața clasei și a pedagogilor.

Subiectul neintegrat, deși înzestrat cu posibilități intelectuale, va refuza să răspundă la lecții și, prin urmare, va fi apreciat ca slab sau foarte slab. Acest fapt va genera conflicte și tensiuni emoționale, cu consecințe imediate asupra activității de învățare, fiind afectată și motivația acestuia. Dacă toate acestea vor fi întreținute și de un dezinteres din partea familiei și de o lipsă de preocupare din partea școlii, randamentul scăzut al elevului va afecta întreaga sa personalitate.

Neadaptarea logopatului este determinată, așadar, nu numai de gravitatea handicapului de vorbire, dar și de atitudinea față de deficiența sa. Tulburarea relației afective dintre logopat și colectivul de elevi în care își desfășoară activitatea are influențe asupra randamentului și, în general, determină insuccese.

S-a constatat că odată cu corectarea tulburărilor de limbaj, subiectul și-a îmbunătățit simțitor și randamentul școlar, producându-

se modificări esențiale și în stabilirea unor relații tonifiante cu colectivul din care face parte. De pe aceste poziții, înțelegem mai bine necesitatea organizării activității logopedice, în așa fel încât tulburările de vorbire să se depisteze și să se corecteze de la vârsta preșcolară. Corectarea logopatiei contribuie, pe de o parte, la înlăturarea insuccesului în activitatea școlară, iar pe de altă parte, asigură creșterea receptivității față de influențele pozitive care conduc la formarea armonioasă a personalității.

Capitolul IX

INFLUENȚA TULBURĂRILOR DE PRONUNȚIE ASUPRA PERSONALITĂȚII ȘI COMPORTAMENTULUI

În logopedia contemporană se acordă o importanță deosebită efectelor pe care le au tulburările de limbaj în planul personalității și al comportamentului, în general. Ca atare, logopatul nu mai este tratat ca o simplă persoană cu handicap de limbaj; el este privit, în perspectiva educării atât în ceea ce privește corectarea tulburărilor de vorbire, cât și în ceea ce privește formarea și dezvoltarea personalității, capabilă să adopte comportamente integrative și adecvate sarcinilor activității pe care o desfășoară. Acestea sunt deziderate ale tuturor specialiștilor în logopedie, care urmăresc să răspundă nevoilor subiectului de a se dezvolta armonios în toate palierele activității psihice și de a-și valorifica, maximal, potențialul psihic.

Tulburările de limbaj, începând cu cele mai simple, determină, la o anumită vârstă, dezorganizarea echilibrului personalității și dezordini comportamentale. Aceste efecte negative pornesc de la neparticiparea și neadaptarea la viața de colectiv, manifestă rețineri în vorbire, inhibiție în desfășurarea activității, ajungând până la dezorganizarea personalității. Cu cât handicapurile de limbaj sunt mai grave și acționează la o vârstă când persoana face eforturi considerabile pentru afirmarea sa în planul vieții sociale, cu atât efectele negative sunt mai mari, iar tulburările de personalitate sunt mai accentuate. Dacă în perioada preșcolară, copiii dau puțină importanță tulburărilor de vorbire, la școlari, și mai cu seamă la puberi

și adolescenți, existența acestora poate determina trăirea unor adevărate drame.

Dacă avem în vedere că fiecare stadiu de dezvoltare cronologică a copilului se caracterizează printr-o serie de particularități specifice, putem înțelege mai bine ce înseamnă, pentru copil, existența unui handicap de vorbire și ce efecte poate să producă asupra structurilor fragile, caracteristice perioadei respective. Ni se par edificatoare, în acest sens, ideile lui A. Gessell, cu privire la caracterizarea vârstelor copilăriei: la șase ani, copilul este agitat, extremist și trăiește tensional situațiile ivite; la șapte ani, copilul devine mai calm, meditativ, preocupat de stările sale interioare; la opt ani, el devine interesat nu numai de universul său interior, ci și de cel exterior, este expansiv și extravagant. În fine, la nouă ani copilul se privește autocritic, manifestă un individualism temperat și este preocupat de generalizări.

Așadar, copiii de vârstă școlară mică, la care se întâlnesc dislalii și disgrafii în proporție relativ mare, manifestă receptivitate față de părerile persoanelor din jur și exigență față de propria lor comportare și relaționare cu colegii și cu adulții. Existența handicapurilor de limbaj îi împiedică să se simtă degajați și să-și exprime gândurile și ideile pe măsura posibilităților lor intelectuale. Aceasta îi face să fie nervoși, deprimati și să treacă ușor de la o stare afectivă la alta. Și persoanele adulte suportă greu tulburările de limbaj și nu pot înțelege că frământările în care se zbat nu contribuie la corectarea vorbirii, ci dimpotrivă, au consecințe negative. În cazurile când handicapurile de limbaj există pe fondul altor deficiențe, ca cele senzoriale sau fizice, tulburările personalității, deja existente în majoritatea situațiilor, se accentuează. La debilizii mintal, fenomenele nu sunt atât de complicate, deoarece aceștia nu reușesc, în toate cazurile, să-și conștientizeze defectele și nu trăiesc situația în mod tensional.

În debilitatea ușoară și în intelectul de limită, tulburările de limbaj pot constitui, alături de deficiența intelectuală, factori traumatizanti, cu efecte în planul comportamental. Indiciul cel mai evident al unor tulburări de personalitate, atât la normali, cât și la deficienții senzoriali și de intelect, constă în adoptarea unor comportamente antisociale, imposibilitatea sau slaba integrare în colectiv, izolarea de colectiv și închiderea în sine, negativismul și încăpățănarea, manifestarea unor atitudini defavorabile activității și subaprecierea acesteia.

» Caracteristicile personalității deteriorate pot fi mai ușor identificate, nu numai prin surprinderea unor manifestări, dar și printr-o serie de teste care, în majoritate, sunt orientate tocmai spre surprinderea unor asemenea aspecte. Totuși, în observarea unor tulburări de personalitate, prin intermediul testelor, trebuie să avem în vedere că intervin dificultăți și că, în general, acestea au o validitate mai redusă, comparativ cu rezultatele obținute din sondarea altor aspecte psihice.

Este știut că sondarea percepțiilor, a gândirii, a memoriei, a atenției etc. și rezultatele obținute pot fi generalizate și la alte categorii de subiecți, pe când particularitățile personalității și studierea acestora au un specific mai pregnant și diferă de la caz la caz, dată fiind natura influențelor sociale și de structură atât de complexe și de diversificate.

Tulburarea de limbaj poate constitui un factor stresant, atunci când subiectul nu găsește înțelegerea necesară față de dificultatea sa în vorbire sau când acesta nu întrevede perspectiva corectării ei.

În asemenea situații, subiectul trăiește emoții-șoc, stări prelungite și dureroase, manifestă nesiguranță nu numai în vorbire, dar și în alte activități; apare surmenajul fizic și intelectual, care își pune amprenta pe întreaga sa activitate.

În cazurile mai grave sau prin existența și a altor handicapuri, suferința psihică se accentuează prin instalarea nevrozei, a anxietății și, ca urmare, se manifestă prin izolarea de colectiv și prin fenomene de dezadaptare.

Comportamentul dislalicului, ca și al tuturor handicapatilor de limbaj, nu se manifestă prin stabilitate, ci prin mari oscilații de la o situație la alta, de la o zi la alta sau în funcție de perceperea unor stimuli care au o semnificație redusă pentru alte persoane, dar pe care logopatul îi amplifică și îi recepționează ca factori negativi. De aici, rezultă că trăsăturile de personalitate sunt foarte fragile și instabile. Or, relația dintre caracteristicile stabile și cele instabile denotă un anumit tip de personalitate și poate deveni o trăsătură dominantă a personalității „accentuate”.

În studiul personalității, psihologii au avut dintotdeauna în vedere și deteriorarea acesteia, ca urmare a acțiunii unor factori stresanți. Tulburarea echilibrului dintre organism și mediu, indiferent de natura sa, a constituit un experiment ce a orientat cercetările psihologice în domeniul personologiei spre aprecierea persoanei în condițiile naturale de viață. Personalitatea logopatului se poate dezorganiza, iar în conversație apar reținerea și teama de vorbire, ceea

ce creează o stare de inerție, de rigiditate. Teama de a vorbi se întărește sub forma unor legături durabile și obsedante și, astfel, poate apărea bătăiala, pe fondul dislaliei sau a altei tulburări de limbaj.

În unele cazuri, asemenea situații pot amplifica handicapurile de vorbire prin apariția unui mutism selectiv ce comportă, la copii, în special, rămânări în urmă în planul dezvoltării limbajului, izolarea și subaprecierea propriilor posibilități. Odată cu intrarea în școală a copilului dislalic, tabloul manifestărilor psihice se complică tot mai mult. Solicitarea copilului de a vorbi în fața colectivului de elevi și neputința lui de a se exprima corect îi provoacă o stare de oboseală intelectuală și fizică, hipersensibilitate afectivă și refuzul de a mai răspunde, de teamă să nu greșească. Acestea determină o serie de manifestări comportamentale, care afectează personalitatea copilului și relațiile lui cu ceilalți copii și cu adulții.

Două exemple sunt edificatoare, pentru înțelegerea tulburărilor comportamentale provocate de dislalii:

N.E., în vârstă de 6,3 ani cu diagnosticul de dislalie polimorfă, dar normal din punct de vedere psihic, nu a acordat o importanță deosebită handicapului de vorbire până la intrarea în școală. La intrarea în colectivul clasei, se manifestă vioi și participă cu plăcere la jocuri. După câteva zile, a observat că este evitat de unii dintre colegii săi, râdeau ori de câte ori încerca să spună ceva sau să răspundă la lecție. Unii copii îl imitau, încercând să vorbească ca el. Nu după mult timp, N.E. a devenit retras, plângăreț, inhibat; a început să manifeste un refuz total de a mai vorbi cu ceilalți copii sau de a răspunde la întrebările învățătoarei. Mama copilului relatează că acesta refuză să mai vină la școală, deși în primele zile era vesel și învăța cu plăcere.

Deoarece aceste tulburări comportamentale erau ușoare și într-un stadiu de început, în paralel cu activitatea de corectare a vorbirii, copilul a fost încurajat printr-o terapie de susținere, i s-a explicat că tulburarea sa este trecătoare și nu va influența negativ rezultatele la învățătură. După ce s-au obținut rezultate pozitive, pe linia corectării vorbirii, copilul a început să frecventeze școala, într-o altă clasă, care a fost pregătită în prealabil.

P.D., în vârstă de 5 ani, cu diagnosticul de pararotacism, dar normal din punct de vedere psihic, frecventa grădinița cu orar redus. Copil unic, era răsfățat și i se satisfăceau toate plăcerile. Mama copilului susținea că nu o deranjează pararotacismul copilului. Ceva mai mult, o amuza vorbirea lui, considerând-o mai deosebită. Ea însăși manifesta un rotacism velar, pe care avea grijă să-l pună în

- evidentă. Copilul era tutelat și supravegheat exagerat. La grădiniță, era adus numai la insistențele tatălui, dar P.D. nu se putea adapta atmosferei, deoarece, considera mama, era prea sensibil și cu preocupări „serioase”: „desenează, știe să scrie și chiar să citească, iar copiii sunt răi și neastâmpărați”. În ultimul timp, copilul a început să manifeste și o ușoară bâlbâială, pe care părinții nu au observat-o sau nu i-au acordat atenție.

Educatorea grupei de copii, din care face parte P.D., relatează că acesta este trist, nu participă la jocurile copiilor, răspunde monosilabic la întrebările ei sau prin mișcări ale capului, este agitat și nervos. Când este solicitat să spună ceva, vine lângă educatoare și îi răspunde în șoaptă.

Deoarece tatăl copilului se părea că înțelege mai bine situația, a fost invitat la cabinetul logopedic și, împreună cu el, a fost stabilit regimul de viață și modul de comportare al adulților față de acesta. Educatorea a început să-l încurajeze și să-l antreneze mai des la diferite activități. În același timp, activitatea de corectare, din cabinetul logopedic, era continuată de educatoare, în grădiniță.

Rezultatele activității desfășurate cu P.D. au început să se observe la scurt timp. Copilul făcea eforturi mari pentru a fi pe placul adulților și al colegilor, se străduia să răspundă cât mai bine și să îndeplinească sarcinile de joc, vorbea degajat și fără teamă, iar cuvintele, care conțineau sunetul r, erau rostite cu accent și satisfacție.

În funcție de particularitățile temperamentale, de vârstă, de educație și de dezvoltare mintală, tulburările de vorbire, în general, pot provoca și o excitație psihomotorie, manifestată prin agitații permanente, chiar în lipsa unor cauze corespunzătoare. La alți handicapați de limbaj, pot apărea manifestări inhibitive, care duc la un comportament rigid, uniform și fără un activism adecvat momentelor respective. La puberi și la adolescenți, trăirea negativă a handicapului de vorbire poate determina tulburări afectiv-emoționale și voluntare atât de profunde încât aceștia manifestă o stare depresivă permanentă.

În general, tulburările comportamentale sunt provocate de conflicte lăuntrice, de frământări interne, în cazul în care subiectul nu întrevede rezolvarea situației sale dificile. Când conflictele se prelungesc și devin cronice, ele influențează negativ formarea caracterului logopatului și nu-i stimulează dezvoltarea psihică. La subiecții cu tulburări de vorbire, apar contradicții în rezolvarea problemelor și în studierea modalităților de acțiune mintală și practică.

Existența tulburării de limbaj, la debili mintal, duce la accentuarea handicapului mintal și de comportament, ca urmare a deficitului funcțiilor de cunoaștere și de exprimare, a imaturității afective, a creșterii sugestibilității, impulsivității și rigidității psihomotorii. Deficitul de intelect îngreunează aprecierea concretă și adecvată a situațiilor de viață ce necesită o adaptare comportamentală și care presupune anticiparea acțiunii, a riscurilor și împrejurărilor favorabile ce-l solicită. În acest sens, legarea genezei afective de geneza gândirii exprimă, în fapt, determinismul psihologic și cunoașterea caracterului unitar al psihismului. R. Zazzo este de părere că inteligența nu constituie un factor suficient pentru determinarea adaptării sociale. Trebuie considerați, în acest context, și factorii emoționali, ca și cei de mediu, care tocmai sunt afectați de tulburările de limbaj.

Desigur, nu toți debili mintal manifestă tulburări de comportament sau, cel puțin, ele nu ies din limitele acceptate. Astfel, la debilul mintal „armonic” singura manifestare dominantă constă în deficiența de intelect, iar la debilul „dizarmonic”, insuficiența intelectuală este asociată cu tulburările afective. Debilul „dizarmonic” se caracterizează prin instabilitate, în special prin instabilitate psihomotorie și afectivă, emotivitate exagerată, manifestată prin dispoziții schimbătoare și reacții paradoxale. La pseudodebili, carențele afective dețin rolul principal și sunt determinate de lipsa îngrijirii în familie și în creșe, de slaba preocupare a familiei sau a cadrelor didactice pentru dezvoltarea afectivității. Dar și hiperprotecția exagerată poate provoca, la copii, aceleași carențe afective. De aici, apar o serie de comportamente aberante, ca și o serie de impulsuri primare în fața cărora debilul nu găsește soluția de opunere și nici ieșirea din împrejurările dificile. De exemplu, copilul C. A., în vârstă de 12 ani, are diagnosticul logopedic de sigmatism și rotacism, bâlbâială cronică și tulburări ușoare de voce, iar diagnosticul psihologic stabilește o debilitate mintală ușoară. C.A. frecventează școala specială de la vârsta de 7 ani, dar a pierdut un an. În clasă, se manifestă extrem de agitat, nu poate sta în bancă până la terminarea lecției, ia stiloul colegului și deranjează alți copii, pune întrebări în timpul explicației, iar dacă i se atrage atenția să fie cuminte, se declară supărat și comentează, mai mult în șoaptă, ideile și dorințele sale apărute spontan. În pauze, devine agresiv față de copii și apoi vine să-i reclame. Se manifestă tiranic, rău și negativist.

Nu are răbdare să-și facă lecțiile și părăsește clasa fără să ceară permisiunea educatorului. Progresele pe linia afectivității logopedice sunt lente și declară, în permanență, că nu mai vrea să participe la activitatea „plicticoasă de aici”.

Se știa că C. A. a fost acceptat într-un grup de copii care puneau la cale tot felul de năzbâtii, absentau de la școală și aveau un loc de întâlnire într-o casă părăsită și în curs de demolare. C.A. făcea grupului tot felul de servicii, de la mici cumpărături, până la furtul unor fructe din piață. Dar după un anumit timp, „șeful” grupului s-a schimbat și C.A. nu a mai fost acceptat. Atunci, C.A. a denunțat grupul (din care făcuse și el parte), declanșând o reacție violentă din partea celorlalți copii, care l-au bătut în așa fel încât a avut nevoie de îngrijiri medicale. În perioada îngrijirilor medicale, s-a lucrat în mod special cu el. Era profund tulburat pentru că a fost respins de către grup (după cum relatează), din cauza frecventării unei școli speciale și pentru că nu avea o pronunție corectă. Toate aceste frământări au fost speculate, ducând la reușita activității cu el. C.A. a început să manifeste un interes mai mare pentru corectarea vorbirii și pentru activitatea de învățare.

La deficienții de auz și de vedere, handicapurile de vorbire creează probleme în plus, în ceea ce privește integrarea socială. Spre deosebire de debiliții mintal, ei își dau seama de deficiența lor și înțeleg eșecurile repetate ca fiind determinate și de posibilitățile lor reduse de exprimare. Din cauza nefolosirii cuvântului de către surzi sau a folosirii lui deficitară de către hipoacuzici, precum și a slabei înțelegeri a vorbirii, aceștia au o evoluție psihică și socială mai lentă. Se pot obține îmbunătățiri evidente la copii, prin frecventarea grădiniței și a școlii, unde prin conținutul muncii dirijate și metodice se asigură evoluția psihică și se impulsionează socializarea.

În cazul pierderii vederii, se produce un dezechilibru profund în relațiile individului cu lumea externă, care este mai pronunțat în prima perioadă a apariției deficienței. Dificultățile de pronunțare sunt mai frecvente la deficienții de vedere congenitali, deoarece ei nu au posibilitatea să imite modelul corect, decât pe cale auditivă. Sensibilitatea lor este foarte accentuată, ca, de altfel, și conflictele interne, din cauză că aceștia au mari dificultăți de orientare în mediu. Ei trăiesc dramatic nu numai deficiența de vedere, dar și handicapul de limbaj manifestat pe fondul unui intelect normal.

Labilitatea articulatorie, atât la normali, cât și la deficienții de intelect și senzoriali, nu se supune – cel puțin temporar – legilor de

subordonare dirijată a formării automatismelor vorbirii corecte. Altfel spus, aferența inversă funcționează deficitar, nu se realizează un circuit complet, și prin aceasta manifestarea exterioară nu se poate finaliza. În cazul acesta, există posibilitatea formării unor automatisme deficitare, care, odată apărute, se înlătură cu destulă dificultate. Un exemplu de atare labilitate îl constituie cazurile de dislalie psihonevrotică sau de bâlbâială determinată psihonevrotic. Dezintegrarea funcției de pronunțare poate fi înțeleasă și prin instabilitatea și manifestarea slabă a performanțelor lingvistice sau prin apariția lor ceva mai târziu. Aceste cazuri nu se pot corecta de la sine, deoarece, chiar atunci când logopații, ce aparțin categoriei respective devin conștienți de deficiența lor, nu sunt capabili de un efort voluntar necesar stăpânirii actului de articulare în mod corespunzător. În felul acesta, personalitatea subiectului suferă și, în funcție de structura sa psihofizică și de gravitatea handicapului de vorbire, pot apărea comportamente aberante, caracteristice pentru majoritatea logopaților. Corectarea unor asemenea comportamente, cât și a personalității, în general, se face concomitent cu activitățile logopedice care acționează direct asupra corectării tulburării de limbaj. De fapt, progresele înregistrate în corectarea logopatiei influențează, pozitiv, evoluția personalității, ca și invers: logopații, capabili să înțeleagă caracterul tranzitoriu al handicapului, capătă încredere în corectarea acestuia, fac eforturi susținute în activitățile educative, reușind, astfel, să obțină rezultate încurajatoare într-un timp relativ scurt.

Capitolul X

EVOLUȚIE ȘI RELAȚIE ÎN DISGRAFIE – DISLEXIE

1. *Spre o teorie generală în disgrafie – dislexie*

Din moment ce se adoptă o asemenea formulare, chiar în titlul capitolului, se pare că problema complică și mai mult dificila relație dintre tulburările limbajului scris și ale celui citit, pentru că, deși evoluția celor două procese este paralelă, în condițiile de dereglare, fiecare din acestea se prezintă printr-o serie de caracteristici specifice, dar, frecvent, cu condiționări reciproce. Toți dorim să ne menținem la ideea formulată, deja, în paginile anterioare, și anume, că avem ferma convingere că o tratare separată este în avantajul elucidării problemelor, deși acest lucru este mai ușor de realizat. Pe de altă parte, nici în învățarea scris-cititului și nici în tulburarea acestora nu se pot face disocieri, deoarece fenomenele respective sunt legate, atât în plan psihologic, cât și în cel neurologic și psihomotoric. Totuși, și aici, ca și în alte tulburări ale limbajului, specificul limbii imprimă o anumită pondere a disgrafiei în raport cu dislexia. Astfel, la limba română, limbajul scris are un caracter pronunțat fonetic, ceea ce poate explica, într-o oarecare măsură, frecvența mai mare a tulburărilor scrisului și locul ocupat de diferitele manifestări în raport cu altele. Există, desigur, și alte limbi, cum sunt italiana, franceza, daneza, spaniola, latina, greaca etc, care au aceste caracteristici și care, comparate cu engleza, spre exemplu, determină un curs specific tulburărilor scris-cititului. La limba română, disgrafia ocupă un loc

central față de dislexie, având nu numai o frecvență mai mare, dar și manifestări accentuate. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, disgrafia este însoțită de forme ușoare de dislexie, iar existența tulburărilor de citit constituie, totdeauna, și un indiciu al tulburărilor grafismului. În limba engleză, predomină tulburările cititului, deși Macdonald Critchley (1972) neagă că dislexia ar fi întâlnită, mai ales, în Anglia; situația se datorează, după părerea sa, faptului că dislexicii sunt identificați mai ușor, ca urmare a dificultăților de stăpânire a ortografiei „demodate” a limbii engleze. Același autor consideră un paradox explicarea frecvenței mai reduse a dislexiei prin ortografia mai logică a unor limbi, deoarece aceasta se datorează, mai degrabă, procedeele de predare a limbii respective, care facilitează o înțelegere și o asimilare mai lesnicioasă.

În fine, trebuie luată în considerație și ideea frecvent vehiculată în literatura de specialitate, prin care tulburările lexice și grafice sunt raportate la o serie de factori structural-funcționali, psihologici, pedagogici și chiar cu caracter socio-economic. De pe aceste poziții, se discută, pe de o parte, încadrarea tulburărilor respective în sistemul psihic uman și în subsistemul personalității, în special, iar pe de altă parte, măsurile profilactice și de integrare socio-profesională a handicapaților. În același timp, se poate sublinia că dificultățile în abordarea problematicii provin nu numai din formația diferită a specialiștilor, dar mai cu seamă din limitele în precizarea etiologiei și manifestărilor atât de variate ale tulburărilor lexico-grafice. Cu toate aceste aprecieri, prea puțin sau chiar sporadic aceste tulburări sunt raportate la particularitățile de personalitate și la dezvoltarea senzorială și mentală a logopaților. În fine, nu sunt cunoscute studii consistente asupra tulburărilor lexico-grafice în sistemul Braille.

Noi ne propunem și vom încerca să suplinim, chiar și parțial, aceste lacune; cititorul rămâne să aprecieze în ce măsură am reușit să o facem și să ne aducem o contribuție personală, pornind de la premisa că o teorie cu caracter general pune mai bine în evidență și relația dislexo-disgrafică.

2. Terminologie și definiție

În toate categoriile tulburărilor de limbaj, se poate constata existența unei terminologii variate, date de perspectiva

psihopedagogiei sau de cea medicală și chiar de un amestec nu întotdeauna fericit. Astfel, mai mult ca în oricare tulburare de limbaj, în literatura de specialitate circulă o pluralitate de termeni, pentru desemnarea tulburărilor lexico-grafice, care își au originea în etiologia producerii fenomenului și a componentei structural-funcționale afectate, care determină imposibilitatea dezvoltării abilităților de scris-citit. Deși mulți autori îi folosesc, în final, din punct de vedere simptomatologic, ei se referă la aceeași sferă de fenomene pe care o cuprindem azi sub denumirea de disgrafie-dislexie, pentru tulburările parțiale, și agrafie-alexie, pentru tulburările totale sau cu o arie complexă în întindere și profunzime. Dintre aceștia, o circulație mai mare o au termenii de: întârziere în citirea specifică, incapacitate în citirea specifică, legastenie, ambliopia cuvântului, bradilexie, tiflolexie, cecitate scriptică, dislexie congenitală, dislexie evolutivă, tulburări înnașcute ale scris-cititului sau, pur și simplu, disgrafie și dislexie și agrafie și alexie.

Cei mai mulți autori nu comentează terminologia folosită, dar o adoptă pe cea pe care o consideră că are o sferă de cuprindere cât mai exactă a fenomenului analizat. De pildă, Arnold (1959) este de părere că termenul de „tulburări înnașcute ale citit-scrisului” exprimă atât conținutul, cât și etiologia tulburărilor lexico-grafice, iar prin precizarea componentei morfo-funcționale, se desemnează categoria de subiecți bine definiți și fondul deteriorat în plan neurologic sau psihic. După ce respinge, rând pe rând, termenii cunoscuți, Critchley (1972) se oprește la trei concepte de bază, cu care și operează în cunoscuta sa lucrare: dislexie specifică, dislexie evolutivă și dislexie evolutivă specifică, iar pentru cazurile când aceste tulburări se asociază cu deficiențe cerebrale, termenul potrivit, după același autor, este cel de dislexie simptomatică. În literatura medicală se folosește, cu precădere, o terminologie care pleacă de la ideea că, în general, tulburările de citire și scriere sunt asociate cu o deficiență cerebrală. Desigur, aceasta este o exagerare și privește o perspectivă reduționistă, care nu ia în considerare factorii psiho-pedagogici și nici condițiile de mediu social-cultural în care se dezvoltă individul. Chiar în cadrul Federației Mondiale de Neurologie, prin folosirea termenului de dislexie evolutivă, se subliniază existența unor factori genetici care marchează debutul și evoluția tulburării și nu se face distincția în raport cu dislexia propriu-zisă, ce nu are la bază o deteriorare cerebrală. Alți autori de formație medicală, ca McGlannan (1968), apelează la termenul de dislexie complexă ce acoperă aceeași

sferă de fenomene ca și dislexia simptomatologică. Luând în considerație componenta dezvoltării mintale, Hinshelwood (1917) propune termenul de dislexie congenitală pentru subiecții care au o înapoiere ușoară în plan mintal, alexie congenitală a căror incapacitate lexicală se datorează, exclusiv, debilității mintale și cecității congenitale pentru cazurile considerate ca fiind simple handicapuri, iar Rabinovitch (1954) face distincția între trei categorii de handicapuri: a) subiecți cu intelect normal și handicap în citire, ca urmare a unor factori exogeni, având o „întârziere în citirea secundară”; b) subiecți cu handicapuri lexicale, ca efect al deteriorării creierului și c) subiecți cu „înapoiere primară în citire”, care au la bază factori endogeni, fără deteriorări ale creierului. În paralel, s-a considerat că trebuie adoptat un criteriu de departajare. Astfel, s-a apreciat ca bază pentru departajarea logopaților rezultatele la testul de inteligență Wechsler. Cei mai mulți autori scandinavi folosesc termenul de dislexie specifică, iar pentru cazurile când handicapul se asociază cu tulburări lingvistice, neurologice sau psihiatrice se pot adopta „varianțe fiziologice ale dislexiei evolutive”. Lucrurile nu se elucidează nici prin propunerea lui Walter (1954), la care aderă mulți autori germani, de a se folosi termenul „defect înăscut în citire și scriere”, pentru că așa cum subliniază Critchley, el este ambiguu și neangajant. Dacă avem în vedere preocupările mai apropiate de noi, suntem de acord cu Critchley, care afirmă că „O tendință recentă a constatat în evitarea preciziei în gândire și în nomenclatură, prin includerea conceptului de dislexie într-un complex de alte boli. Astfel, „incapacitatea limbajului”, „incapacitatea de a citi”, „tulburările în percepție” sunt termeni care s-au strecurat, aducând și în literatura de specialitate mai multă confuzie în domeniul dislexiei evolutive. Ar fi preferabil să se ocolească acest gen de toponimie”(1972, pag. 13).

Concepute din această perspectivă, devine clar că tulburările lexico-grafice au șanse minime de a fi prevenite și înlăturate prin sisteme terapeutice logopedice. Mai mult, aria de manifestare devine imprevizibilă într-un complex de factori vechi, în care la tot pasul sunt posibile deteriorări ale sistemului nervos central, cu repercusiuni dintre cele mai grave în sfera scris-cititului, iar educația își pierde, de la sine, caracterul său optimist. Se creează impresia că numai perspectiva medicală poate contribui la rezolvarea unor asemenea dificultăți deși, până în prezent, așa ceva nu s-a întâmplat. Mai mult, din această interpretare, unele încercări de a cuprinde sub forma unei definiții sintetice, tulburările scris-cititului nu aduc precizări deosebite

și nu fac distincția între diferitele grade ale tulburării. În alte situații, definiția este mult prea largă pentru a-l introduce pe cititor într-un domeniu bine delimitat, așa cum se manifestă el în practică și cum îl întâlnim la copiii care au asemenea dificultăți în formarea abilităților de scris-citit. Ni se par edificatoare, din acest punct de vedere, cele două definiții date în cadrul Federației Mondiale de Neurologie, din 1968, la care au participat specialiști neurologi, psihologi, psihiatri, pedagogi etc: „O tulburare manifestată în învățarea cititului, în ciuda unei instruirii convenționale, a unei inteligențe adecvate și a unor factori socio-culturali oportuni (corespunzători). Depinde de disabilități fundamentale cognitive care frecvent sunt de natură (origine) constituțională” sau „O tulburare la copii, care, în ciuda unei experiențe de clasa convenționale, nu pot dobândi abilitatea de a citi, de a scrie, de a silabisi corespunzător abilității lor intelectuale”.

Cu toate limitele celor două definiții care, de altfel, exprimă același lucru, acestea au fost, cel mai des acceptate de diferiți autori, fără să se adopte și alte moduri interpretative dintr-o perspectivă mai extinsă sau mai complexă.

Cu siguranță, ar fi de dorit o definiție a disgrafiei și dislexiei care să ia în considerație mai multe criterii sau măcar pe cele mai importante, pe care noi le circumscriem în cadrul etiologic, simptomatologic, lingvistic și psihopedagogic. Conștienți de dificultățile cu care ne confruntăm, o definiție cât de sumară, credem, poate contribui la elucidarea dificilei probleme.

Tulburările lexico-grafice sunt incapacități paradoxale totale în învățarea și formarea deprinderilor de citit-scris, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie sau incapacități parțiale, denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existenței unor factori psihopedagogici necorespunzători sau neadecvați la structura psihică a subiectului, a insuficiențelor în dezvoltarea psihică și a personalității, a modificărilor morfo-funcționale, de la nivelul sistemului nervos central, și a deteriorării unor funcții din cadrul sistemului psihic uman, a deficiențelor spațio-temporale și psihomotricității, a unor condiții cu caracter genetic, a nedeazătării vorbirii sau a deteriorării ei etc, și care se manifestă prin apariția de confuzii frecvente între grafemele și literele asemănătoare, inversiuni, adaugiri, omisiuni și substituiri de grafeme și litere, omisiuni, adaugiri și substituiri de cuvinte și chiar sintagme, deformări de litere și grafeme, plasarea defectuoasă în spațiul paginii a grafemelor, neînțelegerea completă a celor citite sau scrise, lipsa de coerență logică a ideilor în scris și, în final, neputința

de-a dobândi abilitățile corespunzătoare vârstei, dezvoltării psihice și instrucției (E. Verza, 1983, pag. 58-59).

După această definiție, se impune, totuși, o precizare cu privire la definirea tulburărilor grafo-lexice. Aceasta constă în sublinierea faptului că tulburările totale ale grafo-lexiei, agrafia și alexia, interpretarea biologică-medicală prezintă mai multe garanții decât în cazul dislexo-disgrafiei și oferă un câmp mai larg de înțelegere a unor polihandicapuri sau a tulburărilor asociate.

Ca o concluzie, la justificarea definiției date de noi prin accentuarea și a altor factori decât cei biológico-medicali, se impune următoarea remarcă: în formarea și dezvoltarea abilităților de scris-citit nu este suficientă numai perceperea corectă a literelor și grafemelor, așa cum nici reprezentarea sau înțelegerea mecanismului de plasare și ordonare în spațiul paginii ori succesiunea acestora nu contribuie la realizarea performanțelor grafo-lexice. Mecanismul este mult mai complex, pentru că sunt implicați o serie de factori de organizare mintală, structurală și afectiv-motivațională ce sunt întreținuți de un efort volitional continuu. Astfel, este evident că analiza și sinteza direcționează și impulsionează anticiparea operațiilor acționale ce devin fertile și impulsionează anticiparea instrucției adecvate. Dacă așa stau lucrurile la copilul normal dezvoltat psihic, la deficientul de intelect și, parțial, la cel cu intelect de limită, apar numeroase dificultăți ce țin de structura sistemului psihic, cu consecințe asupra duratei, calității și performanței lexico-grafice.

Așadar, rezultă că la cei mai mulți autori nu găsim o definiție expresă a tulburărilor lexico-grafice, dar apar descrieri relativ complete ale fenomenelor respective și pe care le vom comenta în paginile următoare și la care, sperăm să dăm o imagine cuprinzătoare acestora, pentru dislexo-disgraficii de limbă română, fără să evităm comparațiile cu subiecții de alte limbi și să relevăm ceea ce este comun în tulburările scris-cititului.

3. Etiologia tulburărilor scris-cititului

Așa cum am mai precizat, dată fiind complexitatea etiologiei dar, mai ales că de cele mai multe ori, în provocarea tulburărilor scris-cititului, nu acționează o singură cauză ci mai multe, evidențierea lor

este extrem de dificilă. Trebuie subliniat că mulți autori de formație medicală insistă exagerat de mult pe o etiologie ce are la bază deficiențe ale creierului și pe care și noi le afirmăm în alexie și agrafie, dar numai parțial sau numai în unele cazuri de dislexie și disgrafie. Un alt fenomen, pe care dorim să-l semnalăm de la început, este acela că pentru a avea o imagine clară a etiologiei, devine necesar să ne referim la opiniile unor autori cu renume în domeniu. Astfel, Cl. Launay este de părere că printre cauzele care pot determina tulburări ale citit-scrisului merită să fie subliniate, în primul rând, cele ce se referă la insuficiențele funcționale ale elaborării limbajului, ale îndemănării funcționale în elaborarea limbajului, ale îndemănării manuale, ale schemei corporale și ale ritmului, ca și unii factori pedagogici. / Anne Marie Fichot se referea la lipsa omogenității în lateralizare, stângăcia, însoțită de o lateralizare încrucișată, tulburări spațio-temporale, influența eredității, iar S. Borel-Maisonnay arată că 90% din cei care prezintă asemenea tulburări au avut dificultăți în elaborarea limbajului, manifestate sub forma unei întârzieri în timpul dezvoltării ei. Arnold subliniază că din „tulburările innăscute pentru citit-scris” rezultă principalii factori care provoacă dislexia și disgrafia, în timp ce Leopidevski se referă la afecțiunile corticale și eventualele tulburări ale văzului și auzului ce influențează negativ formarea deprinderilor de citit-scris. Deficiențele de la nivelul analizatorilor vizual și auditiv au fost incriminate, în disgrafie, de Kussmaul, Morgan, Masson, Galifret-Granjon și, mai recent, de Tomatis și Seeman.

Față de incriminarea deficiențelor de auz, de văz și de motricitate, în tulburările lexico-grafice se impune o precizare pe care literatura de specialitate a trecut-o cu vederea. Aceste deficiențe îngreunează formarea deprinderilor de scris-citit și acest lucru nu mai trebuie demonstrat. Cu toate acestea, în condiții de instrucție specială, handicapații de auz, de văz și de motricitate, pot ajunge să stăpânească deprinderile de citit-scris. Odată formate, deficiențele de văz, de auz și de motricitate nu le transformă în tulburări lexico-grafice. De pildă, sunt nevăzători care citeșc și scriu în sistemul Braille, fără nici un fel de dificultate, așa cum și unii surdo-muți demutizați au deprinderi pozitive de citit-scris. Dificultățile apar atunci când acești subiecți trăiesc tensional și dramatic deficiența, ca pe o deprivare auditivă, vizuală și motorie. Asemenea situații sunt mai frecvente în deficiențele survenite la vârstele mai mari, când deja au fost formate abilitățile de citit-scris. În fapt, ce se întâmplă? Au loc

profunde modificări comportamentale ce îmbracă forme de depersonalizare, instalându-se o stare permanentă de agitație, nervozitate, irascibilitate, deprimare, scădere a voinței, dezorientare, dezinteres, care dezorganizează activitatea de citit-scris. În condițiile unui sistem nervos fragil sau în lipsa suportului afectiv, trăirile interioare devin deosebit de complexe; ele își pun amprenta pe întregul comportament, ca și pe tulburarea unor funcții psihice, printre care și cea a citit-scrisului, mai ales prin componenta sa psihomotorie.

Referindu-se la componenta ereditară, Fr. Kainz arată că înnăscute sunt anumite condiții specifice vorbirii, printre care le subliniază pe cele care privesc predispoziția funcțională pentru motricitatea expresivă acustică și pentru gesturile sonore de o structură articulată. Fr. Kocher (1962) studiază influența stângăciei asupra dezvoltării deprinderilor de citit-scris și relevă că există 50% stângaci printre dislexici și disgrafici, în timp ce printre logopații vorbirii rostite sunt doar 18 % stângaci. Cl. Launay (1965) merge mai departe, afirmând existența unei legături directe între stângăcie, stângăcia încrucișată sau ambidextrie și tulburările scrisului – disgrafia, iar F. Schiller a observat că bolnavii săi cu leziuni în emisfera dreaptă, întâmpinau dificultăți mai mari în învățarea scrierii cu mâna dreaptă, comparativ cu dreptacii, care trebuiau să învețe să scrie cu mâna stângă, ca urmare a operației suferite. Sunt menționate și în alte lucrări fapte care atestă că la stângaci apar mai frecvent disgrafii (disortografii) sau erori de scriere, comparativ cu dreptacii de aceeași vârstă (J. Simon).

Așa cum am menționat, într-un studiu experimental efectuat de noi (1970), am constatat că mai adecvată pentru constituirea limbajului (scris și oral) este dominantă emisferei stângi. În condițiile de lateralizare dreaptă, caracteristică pentru stângaci, se produc o serie de dificultăți de ordin funcțional și ea generează, în unele cazuri, mai cu seamă la copii, abateri sau dereglări în dezvoltarea și manifestarea comportamentului verbal. Rigoarea cercetării efectuate pe un eșantion reprezentativ ne-a permis să subliniem că, la subiecții stângaci investigați de noi, s-au manifestat două fenomene de bază: pe de o parte, întârzierile în apariția și dezvoltarea limbajului sunt semnificativ mai frecvente și mai accentuate decât la dreptacii de aceeași vârstă, iar pe de altă parte, stângăcia este mai des asociată cu unele tulburări de limbaj, și în special cu cele de scris și citit, ducând la instalarea unor disgrafii cu o simptomatologie variată.

„ În analiza amănunțită asupra etiologiei dislexiei, pe care o face Critchley (1972, pag. 14 și următoarele), de la început străbate formația sa de neurolog. El arată că este inutil să se discute considerațiile de natură lingvistică sau educațională (termeni pe care autorul îi consideră sinonimi, deși sunt două realități complet diferite), deoarece ele au un rol secundar și chiar nesemnificativ în etiologie. În schimb, recunoaște că existența acestor factori nefavorabili accentuează handicapul copilului dislexic, creând, astfel, și mai multă ambiguitate. Speculațiile pe care le face Critchley dovedesc ignorarea rolului factorului instructiv-educativ și care, în condițiile intelectului normal, devine hotărâtor în dezvoltarea abilităților de citit-scris. La rândul lor, factorii educaționali negativi sau nefavorabili pot provoca tulburări de natură dislexică și disgrafică, iar practica școlară oferă exemple suficiente din acest punct de vedere. Dar este de remarcat că factorii educaționali negativi sau nefavorabili sporesc ponderea tulburărilor de citit-scris, atunci când acționează asupra unor copii cu un sistem nervos mai fragil și, în egală măsură, asupra celor care prezintă o anumită fragilitate afectiv-volițională. Aceeași influență dăunătoare o au și asupra subiecților cu deficiențe de intelect sau senzoriale, deoarece evitarea tulburărilor de citit-scris presupune folosirea unei metodologii care să faciliteze deformarea deprinderilor respective, în timp ce posibilitățile limitate ale subiecților nu permit aplicarea ei în toate detaliile.

Al doilea factor pe care Critchley (1972, pag. 15) îl invocă, în etiologia dislexiei, este cel al bilingvismului. Acest factor provoacă „o povară în plus cititorilor nesatisfăcători” și prezintă importanță în identificarea subiecților cu dislexie încă din primele perioade ale manifestării ei. În sprijinul argumentului său, îl citează pe Chesni, care arată că dislexicii elvețieni investigați prezentau în proporție de 22,5% fenomene de bilingvism, iar la cazurile pe care le descrie, factorul de plurilingvism a complicat și mai mult tulburarea citirii.

Desigur, autorii respectivi au în vedere învățarea a două sau a mai multor limbi, înaintea stabilirii deprinderilor verbale în limba maternă. Vârstele prea timpurii (înainte de 3 ani) nu sunt întotdeauna favorabile învățării unei noi limbi. Nici vârsta mai timpurie sau mai târzie (5-6-7 ani) de începere a învățării citirii nu prezintă, după Critchley, riscul de a provoca dislexia, ci numai acela de a contribui la diagnosticarea tulburării. Și din observațiile noastre rezultă că în condițiile unui copil normal dezvoltat psihic, fără deficiențe senzoriale, psihomotorii și de intelect, vârsta de la care începe

însușirea citit-scrisului nu determină tulburări ca atare, ci influențează asupra duratei de formare a abilităților și a vitezei de scriere și citire, în funcție de motivația pentru activitatea respectivă și de solicitările gradate din partea educatorului.

Pe de altă parte, trebuie subliniat faptul că majoritatea autorilor evidențiază relația strânsă ce se stabilește între dezvoltarea intelectuală și tulburările limbajului, în general. Busemann (1966) și Seeman (1967) raportează insuficiențele dezvoltării intelectuale la factorii determinanți ai tulburărilor de vorbire și la formarea deprinderilor lexico-grafice. La noi, B. Zörgö și E. Neagu-Boșcaiu (1964) analizează această relație din direcția efectelor negative ale tulburărilor de limbaj asupra evoluției intelectuale a elevilor, iar I. Străchinaru (1967) raportează insuficiențele la dezvoltarea mintală și, apoi, la tulburările de limbaj. Într-o cercetare experimentală, efectuată pe copii cu intelect normal și pe copii cu debilitate mintală, am putut surprinde diferențe marcante în ceea ce privește dezvoltarea și evoluția comportamentului verbal, în general, în raport de nivelul intelectului. Relația dialectică dintre dezvoltarea limbajului și dezvoltarea intelectuală se poate rezuma prin aceea că cu cât este mai avansat nivelul dezvoltării intelectuale a copilului cu atât conduita verbală se manifestă în forme mai variate, devenind tot mai suplă și mai complexă, influențând, astfel, și formarea corectă a deprinderilor lexico-grafice. Această relație este și mai evidentă în evitarea tulburărilor lexico-grafice, iar frecvența dislexiei și disgrafiei, la copiii cu debilitate mintală, constituie o dovadă în plus. Trebuie, în același timp, remarcat că prin producerea tulburărilor de citit-scris, ritmul dezvoltării intelectuale și psihice, în general, se face mai lent, iar în situațiile când handicapurile sunt grave, au loc acele fenomene de stagnare, la baza cărora stă, în principal, dezinteresul pentru activitățile instrumentale.

Dificultățile majore, în formarea abilităților de citit-scris, pot fi determinate și de infantilismul manifestat în evoluția proceselor psihice și psihofizice. De obicei, asemenea caracteristici se corelează cu insuficienta dezvoltare generală a copilului, fără să fie vorba, totuși, de o debilitate mintală. Sunt forme ușoare de retard care duc la comportamente cu circa 1-2 ani întârziere și care sunt recuperabile în condiții normale. Copiii respectivi se recunosc și după dificultățile pe care le au în înțelegerea și asimilarea cunoștințelor predate în clasă, ca și după interesul scăzut față de activitatea școlară. În general, în orice tip de activitate, aceștia manifestă o fatigabilitate accentuată. Copiii

din această categorie ajung să stăpânească citit-scrisul după eforturi mai intense și mai îndelungate, menținându-se unele caracteristici ale disgrafiei pe tot parcursul școlarizării, dacă nu se intervine cu metode logopedice adecvate corectării lor și totodată, dacă nu se insistă asupra formării unei motivații corespunzătoare pentru învățare.

După cum am subliniat anterior, cauzele ce generează tulburările scris-cititului au o mare varietate și ponderi diferite în tulburările dislexiei și disgrafiei. Este edificator, din această perspectivă, să subliniem că factorii ce aparțin subiectului sau cei ce aparțin mediului, adeseori acționează împreună la producerea tulburărilor lexico-grafice. De exemplu, sunt incriminați acei factori care se referă la deficiențele de ordin senzorial, la gradul dezvoltării intelectuale, la slaba dezvoltare psihomotorie, la starea de sănătate, la reacțiile nevrotice, la condițiile motivaționale slab conturate, la instabilitatea emoțională, la deficiențe pe linia activității școlare, care nu creează condiții pentru o bună însușire a cunoștințelor predate, la nedezvoltarea și tulburările vorbirii, la unele leziuni ale creierului, la existența altor handicapuri, ca și cei ce se referă la slaba integrare în colectiv și în activitatea școlară, la nivelul socio-cultural scăzut al familiei și la slabul interes manifestat față de pregătirea copilului, la metodele și procedeele necorespunzătoare pentru învățarea citit-scrisului, la modelul necorespunzător urmat, la existența unui mediu nestimulativ etc.

Luând ca bază criteriul etiologic, unii autori clasifică tulburările citit-scrisului în raport de segmentul lezat, dar nu iau în considerație întregul complex cauzal. De pildă, Leapidevski (1964, pag. 237) distinge, după cum s-a văzut, tipurile de disgrafii după analizatorul lezat, arătând că cele mai importante sunt disgrafiile acustice, optice, motorii și ideatorii. În acest context, frecvența cea mai mare o are disgrafia de tip acustic, iar disgrafiile optice sunt mai rare și ele, ca și celelalte forme amintite mai sus, au la bază o leziune cerebrală. Leapidevski le subliniază de fiecare dată, deoarece chiar și cele mai rare - afirmă el - cum sunt disgrafiile optice - sunt „condiționate de lezarea preponderentă a sistemelor optice ale scoarței” (1964, pag. 238). În același timp, trebuie subliniat că unii autori exprimă alte păreri și consideră greșită încadrarea dislexo-disgrafiei acustice în toate formele tulburărilor citit-scrisului în care este implicată componenta auditivă. Noi considerăm că atunci când sunt prezente tulburări de pronunție - așa cum se întâmplă adeseori - deficiențele lexico-grafice sunt consecințe ale dificultăților de

articulație, care se transpun în limbajul citit-scris sau, cel puțin, ele influențează negativ formarea abilităților lexico-grafice. Când lipsesc și deficiențele de pronunție – în cazurile similare – tulburările citit-scrisului, sunt urmare a handicapului de la nivelul auzului fonematic. Dacă în tulburările de pronunție calitatea auzului fonematic este invocată frecvent în literatura de specialitate, în tulburările citit-scrisului ea este trecută cu vederea, deși are un rol însemnat și care trebuie reconsiderat în multe cazuri.

Aici, are loc o excepție de la regula enunțată până acum, și anume că asemenea tulburări de pronunție pot provoca fenomene dislexice cu o frecvență și mai mare față de disgrafie. Cu foarte mici excepții, dificultățile de pronunție nu se transpun în citire. Și celelalte tulburări ale vorbirii, cum sunt cele de ritm și fluență (logonevroza mai ales), fără să mai vorbim de alalie, afazie etc, pot determina, negativ, formarea deprinderilor lexico-grafice, fie prin manifestarea caracteristicilor specifice ale vorbirii tulburate în citit-scris, fie prin lipsa suportului de bază al bogăției lexico-semantică care să permită operarea facilă, în plan ideal, cu conținutul adecvat exprimării gândurilor, și receptarea, înțelegerea limbajului celor din jur. În ultimele două tulburări citate, etiologia organico-funcțională prezintă contribuie și ea la generarea tulburărilor de scris și de citit.

O importanță mai mică li se acordă altor trei categorii de factori discutați în literatura de specialitate ca fiind posibili în cauzarea tulburărilor citit-scrisului. Aceștia se referă la factorii materni, socio-economici și la locul ocupat de copil în raport cu ceilalți frați. Astfel, se consideră că sarcinile purtate dificil, ca și nașterile grele ce se soldează cu leziuni la nivelul creierului, pot fi factori incriminați în tulburările lexico-grafice. De remarcat că asemenea cauze, de cele mai multe ori, nu se reduc la provocarea numai a tulburărilor de citit-scris, ci privesc și alte handicapuri psihice care se manifestă, mai mult sau mai puțin pregnant, în funcție de profunzimea și întinderii leziunii. Dar acești factori nu pot fi puși, în toate cazurile, în evidență prin mijloace rigurose științifice și nici nu lasă urme la toți copiii care trec prin situații similare. Cea de-a doua categorie, a factorilor socio-economici, privesc condițiile materiale și culturale în care se formează și se dezvoltă copilul. Ele nu determină, nemijlocit, tulburări ale citit-scrisului, dar mediul cultural scăzut, ca și lipsa de preocupare pentru dezvoltarea fizică a copilului, influențează nefavorabil dezvoltarea psihică, în general, și nu contribuie la formarea deprinderilor lexico-grafice de timpuriu. Aceasta și pentru

faptul că nu se formează rezistența fizică și psihică la efort, ceea ce face să obosească repede și să scadă imboldul volițional pentru activitate. În fine, locul ocupat de copil în raport cu ceilalți frați și instalarea eventualelor tulburări de scris-citit, în funcție de acesta, nu are o justificare serioasă. Sunt pure speculații, iar cazurile prezentate de unii autori cu privire la frecvența mai mare a disgrafiei la copiii care, într-o familie de mai mulți frați, se nasc ultimii sau penultimii nu au putut fi confirmate. Din observațiile și cazuistica noastră, dintr-o perioadă anterioară de terapie logopedică exercitată organizat în instituția de profil, nu putem deduce că o asemenea condiție ar avea o semnificație anume pentru a fi luată în considerare, ca factor determinant în tulburările lexico-grafice. Invocarea unei mai reduse preocupări educaționale din partea adulților pentru copiii ultimi, ca urmare a scăderii interesului și a plictiselii, nu este un argument; de multe ori, experiența acumulată înlesnește eficiența preocupării, iar ajutorul pe care îl pot da frații mai mari are o mare importanță. Oricum, în familiile cu mai mulți copii, circulația cunoștințelor, a informațiilor, mai cu seamă a celor acumulate în școală, este mai mare și interesele pentru activitatea de învățare se lărgesc, iar influențele mass-media devin și ele importante și nu rămân fără efecte pentru copil.

Încă de la începutul secolului nostru, au apărut preocupări legate de fenomenul de transmitere ereditară a dislexiei și disgrafiei. Acestea s-au accentuat în deceniul trei și patru, iar unele studii, care afirmau asocierea dislexiei-disgrafiei cu predispoziția înăscută la dezordine mentale, ca și înclinațiile criminale și psihopatie, sufereau de influența ideologiei naziste. Unii autori efectuează investigații genealogice și caută să dovedească că tulburările lexico-grafice pot fi moștenite nu numai de la părinți, dar chiar de la bunici sau unchi. În acest sens, se remarcă autorii scandinavi, pe care Critchley îl consideră că au oferit o „evidență validă” referitoare la importanța factorilor genetici în dislexie. De pildă, Norrie (1939) a menționat asemenea tendințe familiale la toate cazurile studiate de ea, iar mai recent Hallgren (1950), referindu-se la 276 de cazuri studiate, afirmă că în 88% din acestea s-au manifestat dificultăți în citire la una sau mai multe rude. Aceiași autori au studiat și grupe de gemeni dislexici. Hallgren, cercetând 45 de perechi, din care 12 monoziagoți și 33 dizigoți, relevă că la primul grup există o concordanță de 100%, iar în cazul celui de-al doilea, de 33%. Cazuri asemănătoare de gemeni identici au fost descrise și de Bradner (1935), Ley și Tordeur (1936),

Schiller (1937) etc. Un studiu efectuat pe 285 de cazuri, de către Mattinger (1941), vine să aducă dovezi categorice că dislexia se manifestă la 95 cazuri în rândul rudelor (33,4 %), iar în 49 cazuri (17,2 %) dovezile sunt probabile. Astfel de date relevă că din doi copii dislexici, unul are probabil, o ereditate pozitivă, afirmă categoric Critchley (1972, pag. 89-90).

Cu toată bogăția aparentă, datele respective nu ni se par destul de edificatoare pentru că în lipsa unor procedee exacte, investigațiile s-au bazat, în principal, pe anamneză; or, se știe că relatările părinților și ale rudelor pot fi eronate, iar cercetările genealogice sunt și mai puțin precise. Și Vernon își manifestă scepticismul cu privire la ereditatea congenitală, unică și izolată, fiind de părere că ar fi mai plauzibilă existența, în unele cazuri, ale unor predispoziții congenitale spre diferite handicapuri ce se corelează: handicapuri de vorbire sau nede dezvoltarea vorbirii, incapacitate în dezvoltarea deprinderilor de citit-scris, lipsă în coordonarea motorie, stângăcie sau ambidextrie etc. Rutter (1968) este de părere că în producerea tulburărilor de citit-scris contează mai mult moștenirea socială și nu transmiterea biologică, fapt ce denotă diferențe remarcabile de la o familie la alta. Critchley îi acuză pe Rutter și Vernon că se luptă cu morile de vânt, pentru că un experimentator în diagnosticarea clinică nu poate trece cu vederea frecvența eredității în cazurile „dislexiei evolutive, specifice”.

Așa cum am mai remarcat, în etiologia tulburărilor citit-scrisului, specialiștii în medicină invocă, adeseori, categoria leziunilor organice. Fără a contesta influența negativă pe care o au leziunile creierului asupra formării schemelor operațional-acționale în dezvoltarea abilităților de citit-scris, ni se pare că la unii autori cazurile descrise tind spre o generalizare prea largă. Aici avem în vedere faptul că existența unor leziuni organice determină alte tulburări de ordin primar, și de cele mai multe ori tulburările lexico-grafice devin manifestări secundare ale acestora. Exemplul afaziei este edificator, din acest punct de vedere, căci ea este determinată de leziuni organice sau funcționale și în toate formele specifice sunt prezente tulburări ale citit-scrisului, mai mult sau mai puțin în funcție de gravitatea afaziei, de profunzimea și întinderea leziunii.

Pe de altă parte, este de subliniat că existența leziunilor organice determină tulburări lexico-grafice ce îmbracă forme evidente de involuție și care se manifestă sub forma agrațiilor și alexiilor. În formele comune de dislexo-disgrafie și când nu există și alte

manifestări tipice, dacă leziunile organice nu pot fi probate prin mijloace clinice, ele devin simple supoziții.

În această ordine de idei, se simte nevoia precizării că dereglările care pot surveni la nivelul creierului nu se reduc numai la simple leziuni, ci ele pot îmbrăca forme complexe, în care este antrenată întreaga organizare morfo-funcțională și cu efecte negative pe palierele psiho-comportamentale ale individului, inclusiv în cel lexico-grafic. „Cititul implică recunoașterea sensului unui cuvânt, dar dacă scoarța parietală nu poate organiza circuitele sale în schema formală a cuvântului nu mai are prin ce să fie acționat substratul neural al sensurilor. Pe de altă parte, schemele vizuale ale cuvintelor sunt cele care activează schemele motorii folosite în scriere. Alterarea circuitelor parietale, care organizează schemele vizuale ale cuvintelor, va tulbura, deci, și scrierea în aceeași măsură ca și citirea”, afirmă, pe bună dreptate, N. Toncescu (1967, pag. 68-69).

Prin urmare, discutată din perspectivă neurologică, existența dislexiei și a disgrafiei pure față de un simptom de leziune cerebrală este pusă la îndoială. În unele lucrări, se afirmă, fără echivoc, că tulburările citit-scrisului nu pot fi concepute în afara leziunii cerebrale, ca unică și singulară cauză. Dar și pentru că nouă nu ni se pare exagerat un asemenea punct de vedere și considerăm că este o dovadă certă a existenței unor tulburări ale citit-scrisului cu o etiologie de altă natură decât cea a leziunilor organice, fără să mai insistăm asupra celor cu caracter psiho-pedagogic sau asupra tulburărilor de motricitate și psihomotricitate, nu ne oprim mai mult asupra unei astfel de etiologie; o recunoaștem pentru unele tulburări ale citit-scrisului, fără a fi unica cauză și este evidentă în cazurile grave de involuție. De fapt, o altă abordare, de pe poziția neurologiei, estompează caracterul optimist (și chiar rezultatele obținute) ale terapiei logopedice, pe de o parte, iar pe de altă parte, leziunile cerebrale nu pot fi înlăturate de specialiștii în logopedie, așa cum ar fi necesar (dar nici de neurologi). În cazurile de leziuni organice, terapia logopedică se bazează pe principiul compensației, conform căreia funcțiile zonei lezate sunt preluate de zonele învecinate, iar cu timpul, acestea se specializează în producerea fenomenului respectiv. Reușita corectării unei tulburări de limbaj depinde și de înlăturarea cauzei care a produs-o. Prin urmare, leziunea nu poate fi înlăturată, dar prin comutarea funcției din zona lezată într-o zonă sănătoasă, procesul recuperator, deși anevoios, este posibil. Fără îndoială, întregul proces

compensator, recuperator și terapeutic depinde de întinderea zonei lezate și de profunzimea acesteia.

O altă cauză, frecvent incriminată în producerea tulburărilor de scris-citit, este aceea a slabej dezvoltări a motricității sau a deficiențelor din planul motric. Prezența infantilismului motric și handicapurile motrice sunt asociate cu deficiențe ale organizării spațiale și organizării temporale. Se pot întâlni, deseori, copii disgrafici, în special cu o dezvoltare intelectuală bună, dar care prezintă infantilism în planul motric sau tulburări ale organizării spațiale și temporale. În aceste condiții, formularea ideativă este mai rapidă, comparativ cu posibilitățile de transpunere în spațiul grafic, și astfel apare o contradicție, de rezolvarea căreia depinde formarea și dezvoltarea abilităților de scris-citit. Din observațiile noastre, rezultă că disgrafia unui asemenea subiect nu este caracteristică numai în compunere, așa cum s-ar putea crede, dar ea apare surprinzător de pregnant și în copierea unui text, cu tot modelul vizual prezent. În cazuistica noastră, un băiețel observat pe tot parcursul ciclului primar s-a dovedit foarte dotat și a obținut rezultate școlare semnificative, dar manifesta o încetineală exagerată în scriere, dublată de o ușoară inegalitate în efectuarea grafemelor și de prezența unor omisiuni. Pentru școală, ca și pentru părinți, nu există de fapt decât o singură problemă și anume, ritmul lent în scris. Viteza redusă în scris se manifesta mai pregnant în copierea unui text și mai puțin evident în compunere, iar scrierea după dictare era relativ normală și foarte bună, atunci când avea momente de bună dispoziție. Din punct de vedere motric, copilul era vioi, dar precizia mișcărilor nu era excelentă. Stângaci fiind, a învățat să scrie cu mâna dreaptă, apărând unele dificultăți în etapa inițială ca apoi adaptarea să se facă fără probleme deosebite. Citirea a fost de la început la nivelul cerințelor programei școlare. Alți factori cu caracter negativ nu au putut fi puși în evidență, deși a fost supus unei investigații psiho-medicale complexe.

În altă ordine de idei, am putut constata că sunt unii disgrafici și dislexici, care obțin rezultate satisfăcătoare (așa cum a fost și cazul descris mai sus) la proba Bender-Sanctucci, rezultate ce pun în evidență capacitatea de structurare spațială, dacă dificultățile provin în urma schimbării dominanței cerebrale, cum este cazul stângacilor care învață să scrie cu mâna dreaptă. În același timp, trebuie subliniat că la majoritatea subiecților cu tulburări de citit-scris, se manifestă deficiențe pregnante pe linia organizării spațiale, cât și unele dereglări în organizarea temporală. De altfel noi ne-am referit și în paginile

anterioare la rolul factorilor de orientare în spațiu și de structurare, în general, a activității în spațiu și în timp, ca și la importanța lor în formarea deprinderilor de citit-scris. Dacă la aceste dificultăți se adaugă și cele de psihomotricitate care, de cele mai multe ori se instalează treptat pe un asemenea fond, abilitățile lexico-grafice se însușesc greu și se creează o labilitate crescută spre comiterea unor greșeli de tip dislexo-disgrafic. Mai adăugăm că plasarea grafemelor în spațiul paginii prezintă valoare calitativă, în funcție de orientarea spațială și de organizarea semnelor nu numai ca formă, dar și ca structură și succesiune. Pentru citit, desfășurarea activității presupune respectarea legilor de succesiune și de organizare-structurare spațio-temporală. Odată cu creșterea acestor posibilități și pe măsura înaintării în vârstă și prin sporirea nivelului de instruire, se influențează favorabil dezvoltarea limbajului, în ansamblu, și a citit-scrisului, în special. La rândul lor, dezvoltarea abilităților de scris, în special, și a citit-scrisului, în general, contribuie la organizarea mișcărilor și a datelor spațio-temporale, ca modalități de asamblare a elementelor de mișcare și structurare a spațiului și a timpului în desfășurarea structurii activității. Iată, deci, un proces invers cu efecte pozitive pe care le exercită abilitățile corecte ale grafiei asupra organizării spațio-temporale a subiectului.

Dacă luăm în considerare, cum este normal, și analiza din perspectiva planului psihologic, atunci, în finalul acestui capitol, se simte nevoia unor precizări succinte cu privire la structura psihologică a unor factori, care prin fragilitatea și slaba lor organizare ori nedezvoltare și nematurizare, ca și prin deteriorarea unor funcții psihice, rezultă că și acestea pot provoca dificultăți în formarea deprinderilor de citit-scris sau tulburări ale actelor lexico-grafice. Avem în vedere aspectele ce țin atât de normalitatea persoanei, cât și cele care se încadrează în psihopatologia marginală și în marea psihopatologie. Astfel, începând chiar cu instalarea unor fenomene astenice, au loc modificări în întreaga activitate intelectuală și fizică a persoanei, ca urmare a consumului nervos ridicat și epuizant ce determină fixarea oboselii și dezorganizarea activităților complexe.

În astfel de cazuri, pe plan intern scade capacitatea de cogniție și cea de concentrare a activității intelectuale, se diminuează posibilitățile mnezice și de fixare a atenției asupra modului de rezolvare a problemei, perceperea și reprezentarea unor fenomene și obiecte se face în mod eronat, fragmentar, disparat sau lacunar, apare o reducere a calităților volitional-motivationale și se resimt perturbări

în sfera afectivității. Toate acestea, la un loc, pot influența formarea și fixarea personalității dizarmonice, caracterizată prin comportamente specifice în plan extern, dintre care cele ce devin dominante, se referă la manifestarea anxietății, a neliniștii, a irascibilității, a tulburărilor de somn, a cefaleei, a creșterii excitabilității motorii și dezorganizarea mișcărilor, lipsa de sincronizare în acțiuni sau dimpotrivă, instalarea inhibiției, a apatiei, a interesului scăzut pentru activitate și indiferență pentru ceea ce se petrece în jurul său. Pornind de la aceste caracteristici, pe fondul cristalizării însușirilor personalității, își pun amprenta conflicte cu caracter psihologic ce influențează negativ întreaga evoluție psihică, și ca atare, și formarea deprinderilor de citit-scris sau determină tulburarea acestora, mai ales când fenomenele astenice se instalează la o vârstă mai mare.

O altă categorie de tulburări, ce au un caracter reactiv, duc la exacerbaria inhibiției sau a excitației ce se pot instala atât în plan motor, cât și verbal. Dominante în aceste stări, sunt fobiile și stările anxioase, tulburările în sfera conștiinței și în cea emotiv-afectivă. Asemenea handicapuri dezorganizează sistemul verbal, în general, și ritmul vorbirii, în special, contribuind la scăderea interesului pentru învățatură și frânează dezvoltarea deprinderilor de citit-scris sau determină tulburări lexico-grafice.

Dacă până la un anumit stadiu, acestea nu depășesc limitele relative ale normalului și nu dezorganizează sistemul psihic uman, sau în cazuri mai pronunțate, țin de psihopatologia marginală, accentuarea lor și instalarea, ca formă dominantă în manifestarea persoanei, le transformă în psihopatii. Psihopatia favorizează dezvoltarea dizarmonică a personalității și manifestarea inegală a funcțiilor psihice, ceea ce determină comportamente bazate fie pe impulsivitate, supraapreciere, egocentrism, fie pe susceptibilitate, hiperemotivitate, inerție etc. În așa numita psihopatie organică, determinată de insuficiențele sistemelor subcorticeale, se manifestă modificări pronunțate la nivelul sferei afectiv-voliționale, prin prezenta labilității și superficialității emoțiilor, cât și prin incapacitatea de a acționa ordonat. Deși intelectul nu este, de obicei, afectat, subiecții respectivi pot prezenta tulburări lexico-grafice, ca urmare a faptului că instabilitatea și lipsa de organizare, în plan acțional, duc la împiedicarea formării abilităților de citit-scris și dezorganizează sistemul coerent și în lanț al dezvoltării deprinderilor prin tulburarea unei anumite verigi din șirul de acțiuni implicare într-o atare activitate. Cu efecte și mai defavorabile, în formarea deprinderilor de

- citit-scris, este psihopatia epileptoidă (sau constituțională), deoarece ea favorizează instalarea unor trăsături negative de personalitate, ca labilitatea afectivă, negativismul față de persoanele din jur, caracterul violent în manipularea stărilor emoționale, nervozitatea și iritabilitatea etc., care determină instabilitate în activitate și oscilații comportamentale ce scad randamentul citit-scrisului în anumite perioade. Manifestări asemănătoare apar și în psihopatia schizoidă, dar nota dominantă, care dezorganizează sistemul lexico-grafic, este aceea a insuficienței dezvoltării motrice și a stângăciei în acțiuni. Forme mai ușoare, dar care sunt și ele implicate în formarea deprinderilor lexico-grafice, sunt cele ce au o notă de manifestări isterice, prin dezvoltarea unor comportamente aberante în întreaga activitate (U. Șchiopu, E. Verza, 1981).

În cazurile când formele descrise mai sus se agravează, ele se transformă în adevărate boli psihice, în care se tulbură sau chiar se pierd unele funcții, printre care și cele ce privesc grafo-lexia. Tulburările sunt deosebit de evidente în latura funcțional-semantică, dar îmbracă (așa cum vom vedea) și forme caracteristice agrației-disgrafiei și alexiei-dislexiei.

În fine, o subliniere suplimentară trebuie făcută cu privire la relația dintre factorii psihopedagogici și dezvoltarea deprinderilor de citit-scris. Așa cum am mai menționat, metodologia adoptată în predarea citit-scrisului, mai cu seamă pentru început, atitudinea cadrelor didactice și a părinților față de copilul care se află într-un efort continuu de învățare, climatul școlar etc., favorizează sau defavorizează complicatul proces de achiziție a grafo-lexiei. Vârstele copilăriei mici sunt cele mai susceptibile la aceste influențe și, în general, la toate activitățile ce se derulează în relația cu procesul instructiv-educativ. Aceste considerente nu sunt de neglijat nici la vârstele ulterioare, dar ele scad ca importanță, pentru că odată instalate și consolidate deprinderile, modificările nu mai sunt atât de spectaculoase în afara intervenției altor factori sau a unor activități de o altă natură.

Capitolul XI

EVOLUȚIE ȘI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE CITIT-SCRISULUI, PE FONDUL NORMALITĂȚII PSIHOSENZORIALE

1. *Delimitarea domeniului de abordare*

Din cele relatate deja, se înțelege că nu numai manifestările tulburărilor de scris și citit se prezintă printr-o diversitate de elemente, ci și evoluția acestora poartă amprenta trăsăturilor definitorii ale subiectului, a condițiilor de timp, de apariție și durată, a vârstei cronologice și mintale, a etiologiei și a fondului de sănătate psihofizică a subiectului etc., care imprimă un curs mai accentuat sau mai redus, de specificitate, pe lângă o serie de aspecte generale ce fac posibilă încadrarea tulburării într-o categorie sau alta. Drept urmare, am adoptat ideea că în manifestarea și evoluția disgrafiei-dislexiei există un anumit specific la persoanele cu intelect normal față de cele handicapate mintal, senzorial și psihic, dar și o multitudine de elemente comune, fapt pentru care, noi le tratăm, pe de o parte, într-un singur capitol, putând astfel să subliniem unitatea acestora, iar pe de altă parte, le grupăm pe subcapitole, deoarece dorim să evidențiem specificitatea lor. În prima parte, vom încerca să surprindem întregul complex de trăsături dislexo-disgrafice ce apar, în special, la copiii afectați de asemenea tulburări și, în general, la toate persoanele normale, iar în subcapitolele următoare ne vom axa, în mod deosebit, pe caracteristicile specifice aflate în asociere cu alte handicaturi. Aici, lucrurile se complică pentru că avem de-a face cu o dublă deficiență, și anume: forma primară și dominantă, ce constă din deficiența

mentală, senzorială sau psihică și tulburarea lexico-grafică, ca formă secundară. Pe lângă acestea, intervin, de cele mai multe ori, și alte afecțiuni organice sau psihice care îngreunează și mai mult procesul recuperator. În acest context, studiul tulburărilor citit-scrisului și corectarea lor devin cu atât mai necesare, cu cât acestea au profunde implicații în dezvoltarea psihică a individului și asupra reușitei în activitatea desfășurată. În general, copiii care prezintă tulburări ale citit-scrisului manifestă și în planul evoluției psihice anumite rămăneri în urmă din cauza repulsiei pentru efortul intelectual, a slabei motivații și a interesului scăzut pentru activitatea școlară, la care se adaugă trăirea dramatică a eșecurilor la învățătură. Prelungirea tulburărilor de scris-citit, ca urmare a necorelării lor în timp, duce la automatizarea acestora și la instalarea, în conștiința logopatului, a ideii că eforturile sale sunt zadarnice, el fiind „sortit” să suporte handicapul respectiv toată viața. Pe acest fond, se instalează o stare nevrotică, ce atrage după sine o serie de tulburări secundare în planul dezvoltării psihice și al personalității. Ca atare, devine inutilă o argumentare, în plus, a necesității cunoașterii tulburărilor citit-scrisului și a corectării acestora imediat după instalarea lor.

Asocierea tulburărilor lexico-grafice cu fenomene de deprivare senzorială, intelectuală și psihică nu se limitează numai la accentuarea gravității lor, dar se ajunge la un conglomerat de simptome ce acționează în sens negativ în toate formele dezvoltării individului, iar aberațiile provocate la nivelul diferitelor conduite par greu de explicat. Educația și instrucția devin anevoioase, în aceste cazuri, necesitând timp îndelungat și o metodologie specială.

2. *Formele și manifestările tulburărilor citat-scrisului*

După ce am analizat în extenso, în paginile anterioare, aspectele cu privire la factorii etiologici ai tulburărilor scris-cititului, acum cititorul își poate pune o serie de întrebări justificate: La ce vârstă apar asemenea tulburări? Ce frecvență au ele? Cum se manifestă? Cum pot fi prevenite? etc. Noi vom încerca să răspundem la aceste întrebări, ca și la altele, pornind atât de la experiența noastră logopedică, cât și de la valorificarea unor date existente în literatura de

specialitate. De la început, simțim nevoia, ca în analiza manifestării tulburărilor citit-scrisului, să luăm în considerare specificul limbii române, ca și faptul că majoritatea fenomenelor pe care le prezentăm sunt comune și în alte limbi (în special în cele europene), și prin acesta relevăm caracterul de universalitate a unor caracteristici.

Bazându-ne pe aceste considerente, ca și pe acumulările de date din literatura de specialitate, vom descrie mai multe forme de dislexie-disgrafie ce prezintă, fiecare, o serie de elemente comune și specifice logopaților de limbă română ca și logopaților care vorbesc alte limbi. Printre cele mai importante sunt următoarele:

1) Dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă, manifestată printr-o incapacitate paradoxală în formarea abilităților de a citi și a scrie. Dificultățile cele mai pregnante apar în dictare și în compunere, dar subiectul poate copia unele grafeme și poate silabisii la citire. Subiecții care se încadrează în această categorie nu pot efectua legătura dintre simboluri și grafeme, dintre sunetele auzite și literele scrise. Ca atare, ei pot scrie o altă literă decât sunetul auzit sau chiar vizualizat.

2) Dislexo-disgrafia de evoluție, ce poate fi numită și de dezvoltare sau structurală, căreia Critchley îi acorda o importanță deosebită. Această formă se caracterizează prin aceea că, subiecții respectivi nu pot realiza progrese însemnate în achiziția citit-scrisului, cu toate eforturile depuse, și se poate presupune, adeseori, că, la baza ei stă o cauză genetică. Pe lângă fenomenele disortografice, se manifestă dificultăți în înțelegerea simbolurilor grafice, a literelor, cuvintelor, propozițiilor și sintagmelor. Astfel, apar frecvente omisiuni atât ale grafemelor, literelor, cât și ale cuvintelor, înlocuiri-substituiri, confuzii, inversiuni și adăugiri în propoziții diferite, în funcție de fiecare caz în parte.

3) Dislexo-disgrafia spațială sau spațio-temporală, la care se referă, printre alții, H. Hecaen, se manifestă printr-o scriere și o citire în diagonală, odată cu prezența unor fenomene de separare a cuvintelor în silabe și de scriere ondulată, ceea ce dă un aspect și mai mare de imprecizie în conduitele grafo-lexice.

4) Dislexo-disgrafia pură, numită și consecutivă, pentru că se constată, frecvent, în situații de asociere cu alte handicapuri și pe care mulți autori o neagă ca entitate de sine stătătoare și o consideră ca fiind o manifestare, în cadrul unei categorii bine delimitată, a unor dereglaje cu un caracter mai general și mai grav. Asemenea forme se întâlnesc pe fondul afaziei, alaliei, hipoacuziei etc.

5) *Dislexo-disgrafia motrică* apare ca urmare a tulburărilor de motricitate și psihomotricitate și duce, cel mai des, la un scris ilizibil. Citit-scrisul unor astfel de subiecți este neglijent, neregulat, inegal, tremurat, tensionat, rigid, prost organizat, neproportionat, confuz etc., cu prezența unor dificultăți de înțelegere și de raportare corectă la citit-scris.

6) *Dislexo-disgrafia lineară*, care, așa cum îi spune numele, poate fi considerată ca fiind o incapacitate în trecerea de la rândul parcurs la următorul, sărirea peste unele spații, lăsându-le libere pe altele și care este mai accentuată în scris față de citit.

Pe lângă aceste forme, în literatura de specialitate au mai fost descrise și alte categorii, luându-se ca punct de plecare componenta senzorială afectată sau sistemul cerebral implicat (Leapidevski, Hvatjev), dar ele nu au o circulație prea mare, pentru că, în final, prezintă caracteristicile unei simptomatologii asemănătoare celor șase forme mai sus descrise.

În adevăratul sens al cuvântului, putem vorbi de existența tulburărilor de citit-scris și, prin urmare, le putem diagnostica numai după scurgerea timpului necesar formării deprinderilor respective și printr-o instruire adecvată. Acest timp diferă de la o categorie de copii la alta, în raport de o serie de factori, printre care amintim: nivelul de dezvoltare psihică, motivația pentru activitate, efortul și exercițiile efectuate, metodologia predării citit-scrisului și, în general, toate etapele necesare formării deprinderilor de citit-scris le putem invoca aici (dar ele au fost analizate într-un capitol anterior). În condiții obișnuite de școlarizare, un diagnostic precis logopedic care să aibă în vedere nu numai factorii etiologici, dar și pe cei de natură simptomatologică, lingvistică, psihologică și pedagogică, devine oportun încă din clasa a II-a, iar în unele cazuri de copii mai dotați intelectual și psihomotric, de la sfârșitul clasei I. Chiar dacă la sfârșitul primului an de școlarizare observăm, la unii copii, că au fost formate abilități ale citit-scrisului, ele au, totuși, un caracter fragil și labil. Încă se mențin fenomene negative, ca urmare a nestăpânirii suficiente a citit-scrisului, a posibilităților limitate de analiză fonetico-fonematică și a concentrării atenției în transpunerea grafică a sunetului rostit, a necunoașterii unor reguli gramaticale și ortoepice etc. Toate acestea fac posibilă apariția unor fenomene similare cu cele pe care le întâlnim în dislexie-disgrafie, dar ele nu au un caracter constant și dispar de la sine, odată cu însușirea cunoștințelor necesare. Rezultă, așadar, ca o caracteristică generală a dislexiei-disgrafiei, că

manifestarea fenomenelor respective are un caracter constant, de obicei dificultățile se repetă identic, iar tendința de a se agrava în timp devine tot mai evidentă, prin consolidarea deprinderilor greșite și prin trăirea dramatică pe plan intern a eșecurilor.

Pornind de la ideea că nu există o dislexie, și mai cu seamă o disortografie standard, deoarece la fiecare individ apare o serie de caracteristici personale, dar care se încadrează în categoriile handicapului general, J. De Ajuriaguerra și colaboratorii (1980, pag. 238) ajung la concluzia că subiecții studiați de ei se împart în cinci grupe distincte, astfel:

Grupa I, a rigizilor; se caracterizează printr-un scris înclinat spre dreapta, în care dominantă este rigiditatea și încordarea, ceea ce duce la alcătuirea de forme colțuroase, îngustate și înghesuite, cuvântul fiind dificil de citit.

Grupa a II-a cuprinde subiecții astenici, lipsiți de vigoare, din cauza căreia dimensiunea literelor este neregulată, dând impresia că întregul grafism este neglijent, lăbărat și realizat cu lentoare și dificultate.

Grupa a III-a se referă la subiecții impulsivi, care execută un traseu rapid, precipitat, lipsit de organizare, de fermitate și fără control, iar pe ansamblul grafismului se manifestă confuzii și o proastă organizare a paginii.

Grupa a IV-a înglobează subiecții neîndemânatici, care realizează un grafism distrofic, cu multe retușuri și o slabă calitate a traseului, în care impulsivitatea, hipermetria, lipsa de organizare pun în evidență dificultățile lor motorii.

Grupa a V-a cuprinde subiecții care scriu încet; la aceștia, apare un grafism îngrijit, cu respectarea traseului paginii, dar calitatea este fragilă, frecvente tremurăturile și curbele cu cocoase, denotând neîndemânare și abilități insuficient conturate.

Cu toate acestea, trebuie remarcat că pornind de la cunoașterea etiologiei, a surprinderii relației dintre motricitate, psihomotricitate și dezvoltarea deprinderilor de citit-scriș, ca și de la relația dintre vorbire și citit-scriș, încă din perioada preșcolară se pot face evaluări ale eventualelor manifestări de tipul disgrafiei-dislexiei și chiar stabilirea de programe care să permită inițierea unor activități cu caracter logopedic, menite să prevină instalarea tulburărilor respective. Dar aceasta nu înseamnă că în toate cazurile când există condițiile incriminate apar, fără echivoc, tulburări ale limbajului citit-scriș, deoarece evitarea lor este posibilă prin preocuparea pentru dezvoltarea

psihică armonioasă a copilului și prin folosirea metodologiei adecvate de predare-învățare în școală. Pornind de la aceste considerente, noi am investigat un număr de 131 de copii de vârstă preșcolară mijlocie și mare, la care am stabilit trei categorii de cauze precise și posibile de a provoca tulburări ale citit-scrisului, iar în grupa a IV-a au fost incluse alte cauze pasibile rezultate din fișa personală a copilului (vezi tabelul nr. 5). Copiii respectivi au fost testați, după un număr de ani, din punct de vedere al tulburărilor limbajului citit-scris, la sfârșitul clasei a II-a de școlarizare. Cu această ocazie, s-a confirmat ipoteza noastră cu privire la faptul că, și în condițiile existenței unei etiologii complexe, nu în toate cazurile se ajunge, fără echivoc, la tulburări ale limbajului citit-scris, iar acțiunea lor nefavorabilă este în funcție de o serie de factori ce privesc structura psihofizică a copilului și calitatea instruirii. Pe de altă parte, din totalul copiilor investigați, la 5 dintre aceștia au apărut tulburări ale citit-scrisului, deși nu am putut pune în evidență nici o cauză precisă și nici din fișa medicală nu rezultă nimic semnificativ de notat. Aceasta ne face să credem că la baza tulburărilor citit-scrisului (în cele 5 cazuri) au stat factori de ordin psihopedagogic sau că etiologia era mult mai profundă și nu putea fi evidențiată prin metode obișnuite de investigație.

Tabelul nr. 5

Vârsta subiecților investigați	Nr. subiecților	Nr. subiecților cu tulburări de vorbire	Nr. subiecților cu stângăcie sau lateralitate încrucișată	Nr. subiecților cu tulburări de motricitate	Nr. subiecților cu alte cauze posibile (din fișe)	Nr. subiecților cu dislexie-disgrafie
4-5 ani	68	32	18	13	7	11
5-6 ani	63	26	16	15	9	8
Total	131	58	34	28	16	19

Așa cum am văzut încă din definiția pe care am formulat-o în capitolul anterior, manifestările tulburărilor limbajului citit-scris au un

evantai extrem de larg și se evidențiază cu precizie principiul logopedic al *evoluției de la simplu la complex*, pentru că tendința acestor dificultăți este de a se agrava, odată cu înaintarea în vârstă a logopatului. Tulburările citit-scrisului au o influență negativă asupra personalității, atunci când ele se conștientizează sau atunci când determină eșecuri școlare repetate. Este semnificativ atât pentru terapie, cât și pentru imprimarea unui anumit specific în manifestarea lor că în anumite etape de evoluție și la o anumită categorie de logopați ele comportă grade diferite de conștientizare. Din acest punct de vedere, disgrafiei și dislexicii școlari pe care i-am studiat - s-au încadrat în următoarele categorii:

a) copii care nu conștientizează dificultatea pe care o au și nici nu sesizează manifestările tipice disgrafiei și dislexiei la alți subiecți;

b) copii care sesizează dificultatea respectivă la alții, dar nu își dau seama de propriile lor dificultăți, chiar dacă acestea sunt majore;

c) copii care își dau seama de dificultatea respectivă atât pentru ei, cât și la alții, dar manifestă o incapacitate evidentă în a se corecta și opun rezistență la influențele pozitive, odată cu trăirea unor fenomene de frustrație și de anxietate;

d) copii sensibili față de deficiențele respective și care fac progrese remarcabile în îndepărtarea acestora, depunând, totodată, un efort activ în raport cu influențele logopedice (1970, pag. 164-165). Copiii cu tulburări ale limbajului citit-scris, din ultima categorie, prezintă o serie de avantaje pentru activitatea logopedică și pentru formarea abilităților corecte, deoarece metodele și procedeele sunt receptate facil, fiind susținute de un efort continuu. În activitatea școlară, impresionează prin dorința lor de a obține rezultate cât mai bune și manifestă preferință pentru disciplinele la care sunt solicitați să scrie mai puțin, chiar dacă acestea comportă un grad de dificultate sporită (cum sunt matematica și gramatica).

Pentru a avea o imagine cât mai completă a fenomenelor analizate, se impune o evidențiere a tuturor manifestărilor pe care noi le încadrăm în categoria tulburărilor lexico-grafice. Pentru unele dintre ele nu am găsit referiri în literatura de specialitate, iar altele au fost abordate cu totul sporadic. În limba română, acestea sunt și mai puțin abordate, ceea ce ne determină să analizăm comparativ specificul simptomatologiei, în funcție de limba vorbită de logopat. Există și o altă categorie la care ne vom referi și pe care, probabil, unii

• autori nu le-au considerat ca fiind manifestări specifice simptomatologiei disgrafiei și dislexiei. Dar, ori de câte ori vom avea ocazia, vom aminti cu satisfacție contribuția autorilor români și străini la problema discutată. Ordinea pe care o adoptăm în discuție nu o considerăm ca fiind cea mai reprezentativă pentru importanța și locul ocupat în cadrul simptomatologiei disgrafiei și dislexiei. Nici nu am putea face o asemenea afirmație, dată fiind, pe de o parte, complexitatea manifestărilor specifice, iar pe de alta, atât de marea diversitate a cazurilor și a diferențelor tipice de la un logopat la altul ar impune și o analiză paralelă, pe specificul structurilor interne ale subiecților logopați.

Având în vedere considerentele de mai sus, apreciem că analiza trebuie realizată pe o categorie de manifestări cu un caracter distinct ce se poate produce atât la dislexo-disgrafiici de limbă română, cât și la cei care vorbesc alte limbi. Cazurile particulare, determinate exclusiv de specificul limbii române, vor fi relevate în mod distinct. Fenomenele sunt diverse și le vom sublinia, în continuare, pe cele cu un caracter de generalitate.

2.1. *Citit-scrisul încet, lent, stacato*

Se pare că cea mai mare categorie de copii cu tulburări lexicografice este constituită de cei care scriu și citesc extrem de încet în raport cu colegii lor de aceeași vârstă. De multe ori, ei trec neobservați, mai cu seamă în condițiile unei exigențe școlare reduse sau a unei lipse de exigență și care se corelează cu o preocupare accentuată, din partea familiei, pentru efectuarea temelor acasă și pentru realizarea cât mai multor exerciții. Astfel de copii întâmpină dificultăți mai mari la scris, dar manifestă o oarecare repulsie și pentru citit. Deși pare surprinzător, dificultățile cele mai pregnante nu le au la dictare sau la compunere, unde sunt obligați să se conformeze unui ritm impus, raportat la timpul de desfășurare a acțiunii, ci la copierea unui text, chiar dacă timpul nu este limitat. În afara ritmului lent, adoptat în scris și parțial în citit, se desprind unele caracteristici ce țin de forma și mărimea grafemelor.

Trucator
de Emil Gălbene
Copiere

Dupa zilele acestea, lipсите la năstire, vult
revenir într-a diminuată infacut, vătămă peric flăcări, in-
calzind statul în cetera elye. Pura atipire. In după-amiază
zilele acestea, a prăvălit ce puse vure pe galeas, un scutit,
veni, năstăsc de năstăsc, de se furcă năstăsc, la năstăsc
la năstăsc. La furcă se furcă, năstăsc cu pute mai din pite
năstăsc; dar năstăsc năstăsc înăstăsc, din pite, năstăsc
năstăsc, mai dulce, năstăsc năstăsc furcă năstăsc.

Fig.18. Scrisul disgrafic al unui copil din clasa a IV-a cu dezvoltare
intelectuală superioară

Sunt două faze care devin evidente: în unele situații, copilul
scrie mărunț, „puchinos”, înghesuie grafemele, dând impresia
suprapunerii lor și nu acoperă liniatura paginii (a spațiului), iar în
altele, grafemele sunt inegale, ca mărime, și depășesc spațiul normal
din pagină. De remarcat că atunci când subiectului i se atrage atenția,
forma scrisului devine normală, iar când ajunge la sfârșitul clasei a
IV-a, reușește să realizeze progrese evidente atât în ceea ce privește
rapiditatea, cât și forma. Este conștient de la început de dificultățile
sale și receptiv la activitatea terapeutică. Interesul pentru lectură se
manifestă semnificativ pe la mijlocul clasei a IV-a.

Copiere

Prima lectie

Clasa I - C

Am venit am dură sebaria seali ~~am~~ si
când irina se ntorse a casa.
Vatică slătea în mijlocu pînă si drago
hamuarele întocmai cu un film mare.
Cînd o puse pe sara lui își ridică pîn-
irea și spuse scurt:
Dai mai repede premiata! Ia ~~scut~~
să te vîră mîine la rezervă, tat pînă la
noapte
Dea să a plecat tota și si rămîndu la
să cormarici răspuse. Brînc ~~atle~~
strîmbînău si bursele spre fratele ei
Pogelina are în prag, și sîntă de fată care
parare îni sare în corana în mîrta
și după un timp o întorci
Ai venit? Ei glori si se saru feli așpur
Își ridică pînă spre mamei și sa-
puse cam întorci

Fig.19. Scrisul unui copil disgrafic și dislexic din clasa a IV-a

Dictare

Bolesii.

Doare urele lumina de lumina se
muzici memozelor udinai. ~~de~~ dea su
izvoare. ~~am~~ fane în dur stăle si
put ne sarele ~~de~~ de sarele in
vate. blabla comet. Un boile rorm.
a din andina ~~am~~ amă se torma
se loc si pata nu stă în se sare.
Pinda în areste în tar de carbo
ca un se si optina rorm il rorm
si calca sa ~~de~~ acade

Fig. 20. Același copil, face greșeli mai evidente într-o dictare

Alte fenomene tipice sunt frapante pentru că unele înlocuiri sau omisiuni, care se manifestă, nu au un caracter stabil, fiind caracteristice vârstei și dispar odată cu perfecționarea citit-scrisului. Majoritatea acestor copii sunt bine și foarte bine dotați din punct de vedere intelectual și au rezultate școlare bune. Sunt docili și ascultători, iar vorbirea le este bine dezvoltată. La cei mai mulți, există o ușoară stângăcie sau lateralitate încrucișată, dar care nu implică obstacole deosebite în învățarea scrisului cu mâna dreaptă. Din punct de vedere motric, nu a fost posibilă punerea în evidență a unor tulburări, iar la cei care manifestau asemenea dificultăți, odată cu o pronunțată disgrafie și dislexie, se produce o desfășurare a sferei fenomenelor descrise, ceea ce ne-a determinat să încadrăm copiii respectivi în altă categorie, cu implicații mai grave și mai complexe. În schimb, această categorie de copii prezintă unele dificultăți minore în execuția rapidă a mișcărilor. Alte cauze specifice, din categoria celor descrise la capitolul etiologiei, nu au putut fi puse în evidență ca entități distincte.

În literatura de specialitate, viteza redusă a citirii și a scrierii este legată de existența altor manifestări, astfel că ea devine o formă secundară în cadrul fenomenelor dislexo-disgrafice. Dar se recunoaște, de obicei, ca o stare de fapt că ritmul scrierii și citirii, la disgrafici și dislexici, este redus. Ed. Claparède propune termenul de „bradilexie”, pentru citirea lentă (redușă), pornind de la termenul de bradilalie, folosit de multă vreme în descrierea vorbirii sacadate, lente, rare. Atunci se poate spune că există și o bradigrafie pentru viteza redusă în scriere, mai cu seamă că aici fenomenul se manifestă mai evident și mai pregnant. Au existat încercări de măsurare a vitezei citirii, comparația făcându-se între copiii dotați în citirea rapidă și cei care întâmpinau dificultăți. În acest sens, Bechmann (1927) este de părere că un dislexic citește de la 1,5 la 6 ori mai lent, comparativ cu normalul. Pe bună dreptate, M. Critchley (1972, pag. 28-29) afirmă că „nu fiecare copil dislexic citește încet”. Remarca este valabilă, în special, pentru dislexicul „convalescent”, care începe să facă progrese. Astfel, copiii sau adolescenții, în timp ce citesc cu voce joasă, trec peste text prea repede, iar când citesc cu voce tare, se grăbesc, corectitudinea fiind alterată de greșelile datorate ghicitudinii. „Totuși, majoritatea dislexicilor și ex-dislexicilor greșesc prin faptul că, citind cu voce tare, citesc prea încet”.

2.2. Dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic și în înțelegerea sensului convențional al simbolurilor lexiei

Astfel de dificultăți pot să apară atât la copiii cu o dotare psihică normală, cât și la cei cu deficiențe de intelect sau cu tulburări senzoriale, remarcând că, la ultimele două categorii, fenomenele sunt mai accentuate. În principal, asemenea dificultăți sunt cauzate de tulburări de la nivelul percepțiilor acustico-vizuale și în general, de la nivelul proceselor cognitive ce au implicații negative asupra efectuării operațiilor de analiză și sinteză și asupra discriminării simbolurilor verbale. În planul lexiei, dificultățile se manifestă prin neputința copilului de a identifica și citi cuvântul ca întreg, ca o entitate globală, cu o anumită semnificație și sens. Foarte greu se face trecerea de la analiză la sinteză, de la literalizare la silabisire și apoi la sinteza cuvântului. Mai degrabă percepe componente silabice, ca unități de sine stătătoare, iar cuvintele cu o lungime mai mare sunt realizate ca întreg numai după anumite poticniri (vezi figura 21).

Copiere

Prima lectură

În acesta an, după serbarea școlară,
când Trina se înlocuia acasă,
tatăl stătea în mijlocul pieștii și
dădea hanurile întorcând ca un om
mare. Când o văzu pe sora lui, și
ridică pălăria și spuse scurt:

— Hai mai repede pălăria! Ia să te
văd mâine la seară, tot premiantu ești.

De pe atunci, a plecat totă și ai sămân
tu să comanzi răspuse Trina, strângându-
și buzele spre pălăria și. Angelina însă
în prag se uită la tatăl, care stătea
în soare cu copama în mână și după un
timp o întrebă:

Fig. 21. Scrișul unei fetei din clasa a IV-a, în transcrierea unui text

Întreaga atenție se concentrează pe realizarea citirii cuvântului, ca întreg și pe formă, care să conducă la o lectură cursivă, ceea ce împietăză asupra înțelegerii adecvate a textului. Și mai greu este surprins înțelesul unităților mai mari, al sintagmelor, propozițiilor și frazelor, iar din cauza concentrării asupra unităților dispartate, contextul și subcontextul nu mai îndeplinesc rolul de suplinire și întregire a unor informații. De aici, și o serie de greutăți în reproducerea celor citite și raportarea la unele referințe, ce se înscriu într-un cadru mai general, al unor elemente cu ramificații colaterale față de ideea de bază și, în genere, nu pot sesiza informațiile presupuse și neexprimate în mod direct.

Critchley sintetizează datele adunate de Monroe și Goldberg cu privire la erorile pe care le fac dislexicii în citirea cu voce tare, dar se dezice de ei, fiind de părere că există o categorie aparte de tipuri de greșeli care conturează fenomenul specific. Într-adevăr, la dislexicii din această categorie pot fi surprinse o serie de caracteristici ce rezultă din dificultățile enunțate mai sus și care fac posibilă și diagnosticarea lor facilă. Dintre acestea, cele mai importante sunt:

- greutăți în citirea cuvintelor cu un grad mai mare de dificultate sau cu o lungime mai mare, ceea ce îl determină pe dislexic să încerce ghicirea lor;

- greutăți în diferențierea cuvintelor și literelor asemănătoare, din punct de vedere auditiv;

- greutăți în trecerea de pe rândul citit pe rândul următor și tendința de a-l sări.

Calificând această caracteristică drept o incapacitate a dislexicului respectiv, Morse și Daniels au numit-o prin sintagma „dislexie lineară”;

- greutăți în înțelegerea celor citite și în reproducerea lor;

- greutăți în pronunțarea unor sunete și mai cu seamă a grupurilor bi- și triconsonantice;

- greutăți în păstrarea formei date a textului și adăugarea unor foneme sau cuvinte care pot schimba chiar sensul textului;

- omiterea unor foneme sau chiar cuvinte;

- plasarea incorectă a accentului, mai cu seamă pe cuvintele polisilabice;

- mișcări ale buzelor și emiterrea unor vocale ce dau impresia existenței unor cuvinte parazite în vorbire.

În planul grafiei, disgraficul întâmpină numeroase dificultăți în unirea grafemelor pentru redarea unitară a cuvântului. Ca atare, suferă

în mod deosebit forma scrisului, din cauză că disgraficul își concentrează atenția în legarea grafemelor componente ale cuvântului, dar de cele mai multe ori, legăturile se efectuează prin alungirea exagerată a unor bucle sau linii, ceea ce dă un aspect dezagreabil scrisului. În alte situații, transpunerea în scris a cuvântului auzit suferă o comprimare, datorită faptului că subiectul are dificultăți în realizarea concomitentă a controlului celor scrise și a formelor corespunzătoare. Datorită aceluiași fenomen, comprehensiunea perfectă nu se realizează decât în cazul propozițiilor scurte și care au fost mai des întâlnite sau care îi sunt familiare. Cel mai pregnant și semnificativ fenomen este acela că nu se stabilește o corespondență activă între complexul sonor, care implică, în primul rând, componenta auditivă și simbolul grafic, prin intermediul componentei vizuale. Între cele două componente, vizuală și auditivă, trebuie să existe unitate și echilibru pentru a putea reproduce, grafic, complexul sonor. O astfel de unitate și echilibru, facilitează funcționarea, în planul ideatic, a operațiilor de analiză-sinteză, ca și a celor de comparare și discriminare a grafemelor, în scopul redării lor diferențiate (vezi figura 22).

Dictare
~~Bobaru~~ Bobaru.

Terrele uplea lica de lumină și muguri meste
 thinsi iinduxa deasupra isvartlar.
 Girau în dure gîstelle și nu se cărare în
 vole. Ublau damal. Un bodicel
 ramînea denînd în sint în urma se
 învîrtea se lău în parcu ne stia
 în ce parte să apue.
 Cîndea cu scurera un viir de carbă ca un
 ar să apîntea coșu supă în adău pe coartă

Fig. 22. Aceași fetiță, la o dictare

Toate aceste dificultăți fac să apară, la această categorie de disgrafici, o serie de caracteristici pe care le sintetizăm astfel:

- omisiuni de grafeme și cuvinte;
- adăugiri de grafeme și cuvinte;
- înlocuirea unor grafeme cu altele;
- contopirea unor cuvinte prin alungirea unor linii ce unesc cuvintele respective;
- nerespectarea spațiului paginii, ce se poate manifesta prin redarea inegală a unor grafeme, sărirea unor rânduri, încălecarea altora și prin nepăstrarea direcției de scris, adoptând o poziție ori prea jos, ori prea sus, în partea dreaptă a rândului (vezi figurile 23 și 24);

Exemplu

Delta Dunării

Acolo unde valurile muntelui de nisip
 degea se repede și go-mărea pârtașă
 muntelui și a pârtașă, pârtașă de nisip
 se pârtașă muntelui și muntelui muntelui
 se țese sub ochii muntelui și muntelui
 pârtașă al muntelui și muntelui
 muntelui Delta Dunării
 muntelui în muntelui muntelui
 pe care muntelui de nisip în muntelui
 se pârtașă și se repede la muntelui
 Delta Dunării este o muntelui
 de nisip, o muntelui de nisip,
 pârtașă, pârtașă de nisip
 și se muntelui de nisip muntelui
 muntelui.

Fig. 23. Transcrierea unui text de către un elev de clasa a III-a

manifestarea scrisului ca în oglindă sau apariția unor fenomene asemănătoare prin „rotirea” (trecerea) unui grafem în locul altuia. De cele mai multe ori, acest fenomen se produce între grafemele asemănătoare sau percepute vizual insuficient de diferențiat;

10

Copiați înaintea mîntuitorului și alor mei alături
 de lui milușcă bătăie.

Fig. 24. Același elev la o probă de dictare

Toate aceste fenomene, ca și cele evidențiate la nivelul lexiei, sunt consecutive și subordonate dificultăților de corelare a complexului sonor cu simbolul grafic și înțelegerii sensului convențional al simbolisticii lexiei. Ele împiedică și -formarea deprinderilor lingvistice, având efecte negative asupra vorbirii orale și, în general, asupra evoluției psihice. Dacă școlarul înregistrează eșecuri școlare repetate, atunci tensiunea psihică crește, ceea ce duce la încordări și rigiditate crescute în desfășurarea actului lexo-grafic.

2.3. Dificultăți în respectarea regulilor gramaticale și caligrafice

Atragem atenția, în mod special, că această categorie de dificultăți poate fi luată în considerație ca reprezentând erori tipic disgrafice și dislexice, numai după trecerea unui timp necesar instruirii, în scopul învățării și formării deprinderilor ortografice și caligrafice. Vârsta școlară devine, astfel, un criteriu de bază în aprecierea specificității acestor erori, care vor fi raportate și la nivelul mintal (fig. 25 și 26).

tovarăsa învățătoare cu via
 din clasa a II-a B. Era plin
 de praf pe faime și plîngea.
 A spus că l-a trîntit un
 copil beland din această clasă
 B. L-a aseriat. În toată
 clasei și spune care dintre
 ei ~~te~~ a spus:
 - Uita-te la toți elevii.
 și spune care dintre ei
 te-a
 lovit.

Fig. 25. Transcrierea unui text de către un elev din clasa a II-a, la sfârșitul anului școlar

Dictare

Bodoti

foare upla luc del mină
 mugime ut daspe. inavel.
 gsacă ai și pui țec.
 umblau domo l
 unlt rāmna. năurmă
 luntapelo pacăsapute
 Bribateufidarăsopta ca
 sedciap pede

Fig. 26. Același elev, la o probă de dictare, la sfârșitul clasei a II-a

Ca atare, nu vor fi luate în considerație ca erori disgrafice și dișlexice acele disortografii și dificultăți apărute ca urmare a necunoașterii regulilor respective sau acelea care se produc sporadic, mai cu seamă când este vorba de o anumită grabă sau neatenție. Deși aceste erori se manifestă, în majoritatea cazurilor, ca și cele tipice, ele nu pot fi considerate ca atare atâta timp cât subiectul nu a parcurs etapa necesară învățării regulilor respective. Pentru a le considera specifice, ele trebuie să se producă cu o anumită constanță și frecvență în compuneri și dictări, dar uneori și în copierea textului. Noi am întâlnit disgrafici adolescenți și maturi care manifestau o anumită abilitate în a ocoli acele propoziții sau fraze la care nu erau siguri pe ortografierea corectă. Fenomenul este posibil în compuneri, dar și aici aceste măsuri exagerate de precauție sunt în detrimentul coerenței textului. Aceste dificultăți sunt mai evidente în scris, iar când sunt accentuate, textul devine ilizibil. Disortograficul citește sau scrie fără să respecte și să pună punctul, virgula, semnul exclamării, al întrebării, linia de dialog etc. În unele cazuri, scrie cu literă mare și la mijlocul cuvântului, iar în altele începe propoziția sau fraza cu literă mică. În textele scrise pot apărea și unele semne de punctuație necunoscute nu numai pentru cititorul normal, dar nici disortograficul nu le mai recunoaște și nu poate da explicații asupra lor (fig. 27 și 28).

Concurs
Mecetie
Înseamnă de stăruie Concursul murgii
Urosi. Angelus nuanza la
oloză. Zburat a-a murgii
Laco Călin și era indispusă
mă era totuși nelipsită Porcă
fă unu ră năligă Dorotea. itra
în clasa terorași sputat
u Urosi din clasa E.B. era plin
de înălțime hău și plângă
firms o laoloză tătă
un corid helona din acor
clasa. La murgii în tota
m i-a mas lăte la tot
clara si murgii cu diti
ie te-a lărit.

Fig. 27. Scrisul unei eleve de clasa a II-a la o probă de transcriere a unui text după doi ani de școlarizare

Pictare
 Belloci
 Iarile niplia luca de lumina
 a mozelilor n mugur
 mestetelor aduon dreardora
 iserilor. Gisorad isi duse
 gisteles n rus qu carab in val
 uale glitilor dornel
 An ludiacel ramina din una
 in cind in unu n inueta
 n loc nioro nusia in a
 parte n n n n n n n n
 cocuorul un n n n n n
 ca n n n n n n n n n
 n n n n n n n n n

Fig. 28. Scrisul aceluiași elev, la o probă de dictare

În citire, disortograficul are o vorbire lentă, sacadată, monotonă și lipsită de intonație. Nerespectarea semnelor ortografice duce la ștergerea pauzelor, ceea ce îi îngreunează înțelegerea celor citite. Ca formă ce se încadrează în categoria tulburărilor lexice și grafice, *disortografia poate fi considerată, ca inaptitudine ce survine în perioada însușirii citit-scrisului sau ca o tulburare de fond, survenită după inițierea în grafie și lexie, ca urmare a deteriorării unor structuri neuropsihice sau funcții implicate în procesul lexografic*. Majoritatea specialiștilor consideră că fenomenele disortografice, chiar dacă dau impresia că sunt separate de tulburările limbajului citit-scris, cu timpul se transformă în veritabile dislexii și disgrafii. Astfel, R. Mucchielli și A. Bourcier (1974) sunt de părere că disortografia se prezintă ca fiind similară disgrafiei ori ca fiind o sechelă a dislexiei. Marie de Maistre (1971) o prezintă ca un corolar al dislexiei, pentru că orice dislexic este potențial disortografic. Fr. Estienne (1973) arată că din moment ce mecanismele activității ortografice sunt mai complexe ca cele ale actului lexic, disortografia

devine complementară tulburărilor lexicale, iar Susan Borel-Maisonny subliniază că disortografia are implicații negative în învățarea citit-scrisului și în achizițiile școlare. Adeseori, fenomenul disortografic apare pe fondul tulburărilor de intelect și senzoriale, ceea ce determină accentuarea dizabilităților grafo-lexicale și eșecuri la învățare tot mai evidente.

Din punct de vedere caligrafic, scrierea disgraficului nu este dreaptă, se alungesc unele grafeme comparativ cu altele, unele sunt prea mari, iar altele prea mici, se suprapun unele rânduri sau dimpotrivă, se lasă spațiu prea mare între ele, se lungesc unele grafeme atât de mult, încât se produce o unire între cuvinte, creând așa-numitul fenomen de contaminare (fig.29,30).

copilul
Atenția
A sunat sîntora copiii merg spre
clasă angusthe-lus, rumeg, ea obaze,
steriat s-a așezat în bancă ochu
li erau întretoti către usă brator-
păre milistit. parca îi venea să
plîngă. destotă, intră în clasă
tovarășe învățătoare cu viare
din clasă aab. bra ~~plin~~ plin de proș
și hai ne și penga sapa căl s
trîntint am copil blănt din
aceasta mîtă se tot eleră și
stune ore dintreli tladovil

Fig. 29. Scrisul unui elev din clasa a V-a cu dislexo-disgrafie accentuată

Xictam

Robote
Toarele. untele. lucia. Deluxina

Le. murene. mestetino. inbulau. blatupac.

istacarditor. gionianul. tabutete.

si. pui. peacare. in. vasa. unblau

Donok. un. bobul. romonia. mairn.

uronă. se. in. vlnra. taparcă. muctia.

inleed. plinka. cutoreu. orul. sam.

in. la. u. cailnon. se. opinta. sacă. se.

te. corbea. corba.

Fig. 30. Scrisul aceluiași elev, în proba de dictare

În general, scrierea și citirea copiilor cu asemenea dificultăți gramaticale și caligrafice pare bizară și paradoxală. Totuși, acestea nu trebuie confundate cu manifestările relativ asemănătoare în cazurile tulburărilor citit-scrisului ce apar în afazie. Tulburarea deprinderilor motorii, în afazie, atrage după sine, o serie de manifestări caracteristice disgrafiei și dislexiei, mult mai profunde și care denotă pierderea stilului personal existent anterior. Există o mare labilitate de la o persoană la alta și chiar manifestări care creează impresia estompării dezordinilor mentale, frecvente în afazie. Se pot aprecia unele performanțe ale citit-scrisului în perioada de restabilire a limbajului, dar și situații de prăbușire a deprinderilor ce intervin în stările de încordare, stresante sau de insatisfacție.

2.4. Omisiuni de litere, grafeme și cuvinte

Categoria omisiunilor are o paletă extrem de largă și este prezentă la marea majoritate a dislexicilor și disgraficilor. Numai ca o excepție se întâlnesc cazuri cu tulburări ale limbajului citit-scris în care nu apar, în mod frecvent, omisiuni de litere, grafeme, cuvinte și, mai rar, propoziții. Această categorie de greșeli este mai frecventă la logopații care prezintă tulburări de pronunție și este proporțională cu gravitatea acestora. Spre exemplu, mai întotdeauna manifestările de dislalie polimorfă sau cele ale disartriei se transpun în limbajul citit-scris. În copierea unui text, fenomenul este mai rar și are un caracter labil, dar este foarte evident în dictări și în compuneri. Când avem de-a face cu forme ușoare de tulburări ale pronunției, cum este dislalia simplă, transpunerea are loc mai mult în scris, iar în citit ea poate să nu se manifeste deloc sau numai din neatenție.

Categoria omisiunilor este frecventă și când există alte tulburări ale vorbirii orale, mai ales cum sunt cele de ritm și fluentă (bâlbâială, logonevroză, tumultus sermonis, tahilalie, bradilalie) sau cele polimorfe (alalie, afazie). Deosebit de pregnant apar aceste omisiuni în citit-scris, ca urmare a fenomenului de nedezvoltare a limbajului, în general. Cum toate aceste caracteristici se corelează și cu dezvoltarea intelectuală și senzorială, în debilitatea mintală și la surdomuții în curs de demutizare, există un fenomen complex ce se manifestă în cele mai diverse situații (fig.31,32,33).

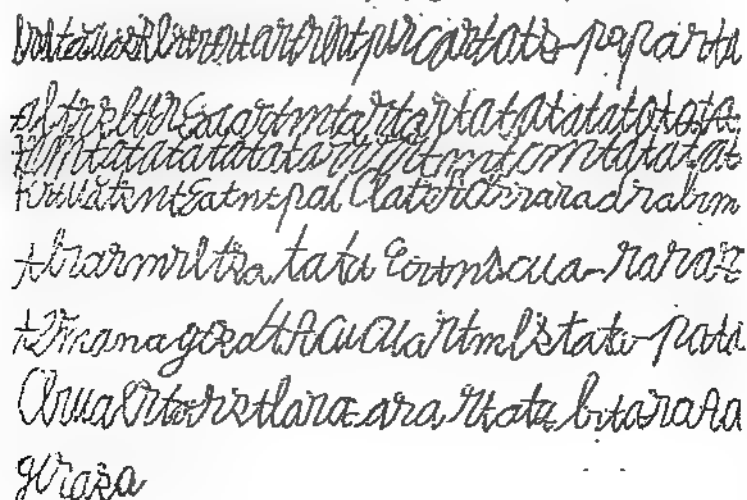


Fig. 31. Scrisul unei eleve din clasa a VIII-a cu intelect liminar

Gradin: ozeleuone
 Nozifacraht / ranteainhace
 lamiove / ranteale / ean / mahl / eant /
 Paer / m / e / r / a / n / t / e / r / m / a / p / u / l / o / n / z / o / e /
 Dom / z / l / o / r / a / n / t / e / r / m / a / p / u / l / o / n / z / o / e /
 f / e / m / o / r / m / t / a / n / t / e / r / m / a / p / u / l / o / n / z / o / e /
 t / e / l / e / r / m / a / p / u / l / o / n / z / o / e /

Fig. 32. Scriul copiat al unui elev, în vârstă de 13 ani, din școala specială
(după cinci ani de școlarizare)

1 Mai

vart
 Vasil Permeasa
 Mierzi Zlor dă P
 hai p

1 Mai

Fe

Fig. 33. Scriul aceluiași elev, la o probă de dictare

Devine un fapt ce nu mai trebuie demonstrat: omisiunile pot să apară și în lipsa tulburărilor limbajului oral. Este suficient să ne gândim la deficiențele auzului fonematic pentru a avea imaginea clară a complexității fenomenului respectiv. Dar cauzele care pot da naștere la un evantai atât de larg de omisiuni în disgrafie-dislexie nu se reduc numai la acestea. Ele au fost deja analizate în capitolul respectiv și nu mai revenim asupra lor. Precizăm numai că, de obicei, omisiunile nu sunt determinate de o cauză izolată, deoarece ele se înscriu în fondul general al tulburărilor citit-scrisului.

Omiterea nu se produce la fel în toate cazurile. Depinde de o serie de factori, printre care, cei mai importanți privesc locul ocupat de o anumită literă sau grafem în raport cu altele, lungimea și dificultatea cuvântului citit sau scris, dificultatea de emiterea fonemului corespunzător literei sau dificultatea realizării ei grafice etc. Astfel, în grupurile bi- și triconsonantice, omiterea este mai frecventă atât în scris, cât și în citit. O situație similară o au și grafemele care articulează cuvintele în scris și chiar literele de la sfârșitul cuvintelor, în citit. Frecvent, sunt omise în scris grafemele de la sfârșitul cuvintelor, care dau pluralul acestora. Dar atât în citit, cât și în scris, omiterea literelor sau a grafemelor nu schimbă decât în rare cazuri sensul cuvintelor; în schimb, creează un aspect dezagreabil vorbirii. Sensul este afectat mai ales atunci când sunt omise cuvintele și când de fapt are loc și o simplificare a înțelegerii contextului. În asemenea situații, apar, deseori, poticniri în citit, iar în scris nu se mai realizează, concomitent, conștientizarea actului cu controlul grafismului și, ca atare, subiectul întâmpină greutăți în înțelegerea și reproducerea celor scrise.

2.5. Adăugiri de litere, grafeme și cuvinte

În citit, fenomenul este singular și întâmplător, dar în scris el are o oarecare frecvență. În general, adăugirile denotă o lipsă de siguranță și unele oscilații în precizarea formei corecte. Grafemele adăugate au loc, în special, la sfârșitul cuvintelor, dar deseori sunt repetate și unele cuvinte de legătură. Este semnificativ că mulți disgrafici nici după recitirea textului nu sesizează această categorie de greșeli și nu se pot corecta. Grafemele și cuvintele adăugate în scris nu apar ca urmare a neatenției, ci mai degrabă a slabei posibilități în

concentrarea atenției și a exacerării excitației. Sunt prezente unele dereglări ușoare ale percepției, atenției și ale subordonării actului motric în planul mintal. Deși, din punct de vedere psihologic, adăugirile par a avea implicații minore pentru structura internă a individului, în realitate, ele evidențiază pentru multe cazuri, dereglări ce se înscriu în domeniul psihopatologiei marginale.

Pentru citit, este specifică adăugarea literelor, a începutului de cuvinte sau a cuvântului întreg, mai cu seamă când dislexia coexistă sau când se manifestă pe fondul tulburărilor de ritm și fluentă a vorbirii. Existența unor asemenea tulburări determină o accentuare a adăugirilor și la disgrafici. Atât pentru lexie, cât și pentru grafie, există o anumită „preferință” în adăugarea literelor și grafemelor, când acestea se produc pe fondul tulburărilor de ritm și fluentă. Așa cum bâlbâiala și logonevroza determină, în vorbire, repetarea mai frecventă a unei anumite categorii de sunete, tot așa are loc transpunerea acestora în citire și în scriere, sub forma adăugirilor.

2.6. *Substituiți și confuzii de litere, grafeme și cuvinte*

Grupa substituirilor poate fi considerată una din caracteristicile reprezentative pentru tulburările limbajului citit-scris. Mai mult ca în omisiuni și adăugiri, aici se pot surprinde unele principii sau reguli după care se desfășoară substituirile și confuziile. În primul rând pentru scris, dar și pentru citit, substituirile se produc ca urmare a confuziilor dintre grupurile de foneme, litere și grafeme asemănătoare, din punct de vedere optic: d-p-b-, u-n, m-n, a-ă, s-ș, t-ț etc. și invers. Situația devine mai complexă și tulburările lexico-grafice se agravează, prin adăugarea asemănărilor acustice, deoarece fenomenul capătă o mai mare stabilitate și se consolidează pe măsură ce trece timpul, dacă nu sunt luate măsuri recuperatorii. După principiul asemănării, fie din punct de vedere fonematic, fie kinestezic, fie optic, se produc substituiți și confuzii și pentru grupurile f-v, b-p, c-g, s-z, d-t etc, ale căror foneme se găsesc, cum arată R. Jakobson și M. Halle (1956), două câte două, în opoziție principală surd-sonor. În opoziție asemănătoare se află și m-n, s-ș, l-r, ț-ce și altele (E. Verza, 1970). Caracteristică este atât confuzia, cât și substituirea lui m cu n și invers, care se produc din toate cele trei unghiuri de vedere: fonematic, kinestezic și optic, ceea ce duce și la afectarea lor mai frecventă.

Din punct de vedere psihologic, confuzia și substituirea cuvintelor se produc ca urmare a faptului că subiectul cu tulburări ale limbajului citit-scris nu conștientizează, în toate situațiile, cuvântul citit sau scris (mai cu seamă în dictări), și nu surprinde sensul acestuia, trecând peste el printr-o percepere globală, bazată pe ghicire. Aceasta și pentru faptul că logopatul nu ia în considerare contextul, iar în plan mintal nu se realizează, în mod riguros, operația de analiză-sinteză. Fenomenul este accentuat și de trăirea, la nivelul personalității, a disconfortului psihic determinat de eșecurile repetate în planul grafiei și al lexiei. Când dificultățile sunt mai bine conștientizate pe plan motivațional, scade interesul pentru activitate, ceea ce duce la indiferență și pasivitate, iar lipsa performanțelor lexice și grafice determină instalarea unor modalități comportamentale negative în toate domeniile vieții.

2.7. Contopiri și comprimări de cuvinte

Este un fenomen mai rar întâlnit decât celelalte, dar deosebit de complex în scris pentru că textul devine, de cele mai multe ori, ilizibil. Manifestările sunt active în dictări, comparativ cu compunerile și copierile. În citit, apare mai degrabă ca simptom al unor tulburări complexe, cum ar fi afazia, disartria etc. Dar în scris există, ca fenomen de sine stătător, și, desigur, este mai pregnant în tulburările cu etiologie organică, cerebrală. La copiii care prezintă o instabilitate psihomotorie sau tulburări ale motricității fine, acest fenomen este, de asemenea, foarte frecvent.

Contopirile de cuvinte se produc, în scris, prin alungirea liniei de la ultimul grafem, încât se unește cu primul grafem al cuvântului următor. Când cuvintele unite sunt lungi, cititorul se descurcă mai ușor, dar întâmpină dificultăți când sunt contopite cuvintele scurte, ca, de exemplu, cele de legătură. Spre deosebire de contopiri, comprimările se produc atât în citit, cât și în scris, mai cu seamă la acei subiecți la care nu sunt consolidate deprinderile lexo-grafice. În unele cazuri, comprimarea se realizează prin citirea sau scrierea unei părți din cuvânt (mai des, la sfârșitul cuvântului), iar în altele, prin suprimarea unor litere sau grafeme ce pot fi plasate în orice poziție a cuvântului. Dar există și o a treia posibilitate, când comprimarea se

realizează prin păstrarea numai a anumitor litere sau grafeme din cuvântul inițial și prin adăugarea altora, ceea ce duce la formarea unui nou cuvânt. Acest nou cuvânt își poate păstra sensul, dar există și posibilitatea modificării acestuia, din punct de vedere semantic, și chiar al formei sale acustice.

Asemenea fenomene sunt mai frecvente la disgraficii și dislexicii care au tulburări de ritm și fluentă a vorbirii. Dintre acestea, tahilalia și tumultus sermonis determină o manifestare mai accentuată a contopirilor și comprimărilor, ca urmare a precipitării subiecților în fața sarcinii și a desfășurării acțiunii sub impulsul exacerării excitației și a lipsei de control:

2.8. *Nerespectarea spațiului paginii, sărirea și suprapunerea rândurilor*

Fenomenul este frecvent în handicapurile de vedere, la cei cu tulburări oculo-motorii, la stângacii care scriu cu mâna dreaptă sau stângă, în lateralizarea dreaptă și în ambidextrie. Fenomenele respective pot exista și în lipsa acestor situații, mai cu seamă atunci când se formează deprinderi incorecte de citit-scriș sau când apar unele tulburări la nivelul proceselor cognitive. Și în debilitatea mintală și în intelectul de limită, urmărirea rândului ce se citește sau a liniei drepte de scriere devine foarte dificilă. Interesant este că și în scris, chiar atunci când spațiul paginii este liniat, păstrarea direcției se face cu oscilații de la un rând la altul

În analiza tulburărilor de scris, J. De Ajuriaguerra și colab. (1980, pag. 225-227) iau în considerare trei categorii de itemi: organizarea deficitară a paginii, neîndemânarea și greșelile de formă și proporție. În consecință, textul nu capătă unitate, fiind dezordonat, iar spațiul dintre rânduri nu este regulat, ceea ce determină o nerespectare a orizontalei rândului. Neîndemânarea accentuează deformările și nu se respectă caracteristicile caligrafice, deoarece, adeseori, sunt retușate grafemele, iar liniile ce le unesc au întreruperi și îngroșări. În ce privește greșelile de formă și de proporție, ele determină lipsa de claritate a textului și confuzia dintre grafeme, prin nerespectarea dimensiunii grafemelor și a proporției bastonașelor.

În citire, dislexicul poate parcurge același rând ori sare unul sau mai multe, fără să-și dea seama. Aceasta dovedește și faptul că înțelegerea este deficitară și că nu urmărește semnificația contextului sau a ideii. Fenomenul îngreunează și mai mult conceptualizarea și analizarea celor citite. Manifestarea, în scris, a nerespectării spațiului paginii, sărirea și suprapunerea rândurilor denotă tulburări spațio-temporale relativ accentuate. În aceste condiții, scrisul devine dezagreabil și ilizibil. Un disgrafic, pus în situația să-și citească propriul scris, nu se poate descurca. Nu de puține ori se întâlnesc asemenea elevi care au rezultate bune la majoritatea disciplinelor școlare și sunt considerați dotați din punct de vedere psihic, dar în scris fac greșeala suprapunerii rândurilor, atunci când li se atrage atenția, lasă un spațiu exagerat între ele. Există și situații când suprapunerea rândurilor se face numai pe o porțiune, ca apoi să le despartă. Tendința generală la acești subiecți este aceea că, cu cât se apropie mai evident pe partea dreaptă a paginii, rândurile coboară tot mai mult. De obicei, nu își recunosc scrisul dacă li se arată după un anumit timp și cu cât trece o perioadă mai îndelungată, cu atât întâmpină dificultăți mai mari în citirea celor scrise.

2.9. *Scrisul servil și citit-scrisul ca în oglindă*

Scrisul servil se manifestă prin înclinarea exagerată spre dreapta sau spre stânga, ceea ce duce la deformarea grafemelor și la o slabă diferențiere, mai cu seamă a celor asemănătoare din punct de vedere optic. În asemenea situații, grafemele sunt executate alungit și nu au înălțimea necesară pentru a putea fi percepute ușor. Scris-cititul, ca în oglindă, se realizează printr-o rotire a grafemelor și a literelor, în așa fel încât se ajunge la o reflectare inversă a imaginii respective pe creier. Fenomenul este impresionant, dar cazurile nu sunt prea frecvente. Se pare că la baza lui stau unele tulburări oculo-motorii și temporo-spațiale. Probabil, că sistemele cerebrale au o astfel de organizare și funcționare încât nu primesc imaginea percepută în mod normal, ci distorsionată.

Mai frecvent, se manifestă scrisul ca în oglindă în debilitatea mintală gravă și la copiii stângaci. Astfel de subiecți execută des un scris de la dreapta la stânga și percep scrisul corect cu literele văzute

în oglindă. O astfel de tulburare este pusă și pe seama afecțiunilor encefalului, determinată de meningite sau a dereglărilor emisferei drepte din regiunea parietală inferioară a creierului, cauzate de diferite disfuncții neurofiziologice.

Copiii întâlniți de noi cu astfel de tulburări sesizau că ceilalți colegi nu țin cartea la fel ca ei, dar, cu toate acestea, nu puteau efectua citirea decât adoptând poziția lor specifică.

O formă de scris servil mai deosebit și rar întâlnită constă în realizarea la nivelul buclelor a unei imagini minuscule prin desen schematic, reprezentând, spre exemplu, o floricea, o păsărică etc.

Manifestările evidențiate mai sus, sunt cele mai caracteristice, chiar dacă ele nu epuizează întreaga complexitate a tulburărilor limbajului citit-scris. *Există și alte fenomene, cum sunt cele ale deformărilor de litere, în citit, sau a omisiunilor de propoziții și de sintagme în citit-scris, ce se deduc din cele nouă caracteristici principale la care ne-am referit și care apar ca fiind secundare acestora.* Pe de altă parte, prin compararea manifestărilor specifice disgrafiei, cu cele care apar în dislexie credem că am reușit să subliniem atât relația dintre ele, cât și gradul de dificultate mai mare sau mai mic în una sau în alta. În general, specialiștii pot aprecia că, mai ales, ținând seama de particularitățile limbii române, dar și ale altor limbi, tulburările scrisului comportă mai multe dificultăți decât cele ale cititului și se manifestă mai pregnant. Aceasta cu atât mai mult cu cât, și din punct de vedere psihologic și fiziologic, scrierea implică participarea unor procese complexe ce depășesc simpla însușire a deprinderilor și care, de fapt, atrag după sine perfecționarea abilităților de citit. *Din această perspectivă generală, se impune sublinierea că citirea apare ca rezultat al coordonării corticale superioare și al sintezei din sistemele de vorbire, al recepțiilor auditive, vizuale și motrice, al recunoașterii literei și a sunetului corespunzător, ca o condiție de bază, în timp ce în scris intervine reproducerea, ca fapt complex de analiză și de sinteză corticală.* Hvatțev precizează că la baza procesului citirii se află imaginea cuvântului, ca rezultat al interacțiunii imaginilor optice, acustice și kinestezice, ceea ce permite ca citirea unui cuvânt să se facă simultan și nu pe litere. În dislexie, are loc o tulburare a citirii simultane și succesive – fără să se mai poată face, corect, legătura dintre literă și

sunet. Integritatea auzului fonematic joacă un rol esențial în citirea corectă. Pentru scris, integritatea auzului fonematic și a analizei auditive duce la formarea articulării corecte, ceea ce facilitează transpunerea, în planul grafic, a schemelor verbale.

În general, copiii dotați au posibilitatea ca după circa o jumătate de an de instruire să-și formeze schemele mintale ale scris-cititului, după care urmează consolidarea lor progresivă. Lipsa unor asemenea progrese poate fi urmarea, la copiii cu intelect normal dezvoltat, a perturbărilor dintre legăturile asociative, receptate pe cale vizuală, și cele ce sunt receptate pe cale auditivă. Ca urmare, tulburările fonetice ale vorbirii sunt agravate de asocierea lor cu cele sintactice și, împreună, influențează negativ perfecționarea deprinderilor de citit-scris. Sunt ușor de recunoscut asemenea afecțiuni, după manifestarea unor tipuri de greșeli specifice atât în scris, cât și în citit; înlocuiri, mutarea unor litere sau grafeme în cuvânt, unirea cuvintelor, omisiuni de cuvinte și propoziții, confundarea literelor și a grafemelor cu altele, disocierea literelor și a grafemelor etc.

Analizând tulburările citirii și scrierii la copii, R.E. Levina scoate în evidență că la baza formării deprinderilor corecte de lexie și grafie stă capacitatea de analiză fonematică, care este menită să finalizeze comunicarea, pe întreaga durată a emiterii verbale și nu numai pe anumite etape ale vorbirii.

Tulburările citit-scrisului pot fi considerate ca deficiențe în dezvoltarea anumitor facultăți specifice, iar în lipsa altor anomalii evidente, cu care să le asociem, le putem încadra într-un sindrom general de nedezvoltare a limbajului. Dar tendința manifestată în teoria contemporană, de a le încadra în aria largă a imaturității cerebrale, nu are un suport factic sau experimental, ci numai unul ipotetic. Datele electroencefalografice invocate, printre alții, de Bender, în sprijinul acestei afirmații, nu pot explica deficitul structural, ca de altfel nici pe cel al echipotențialității corticale, pentru că la majoritatea subiecților nu produc dereglări în planul lexic sau grafic.

În diagnoza tulburărilor limbajului citit-scris, specialiștii în logopedie au încercat să găsească o serie de parametri care să-i ajute într-o măsurare aproximativă la o cuantificare a categoriilor acestuia. Printre altele, s-a luat în considerație evoluția grafică și lexică a copiilor născuți la termen față de cei prematuri. De pildă, Hirsch considera că rezultatele obținute de copiii prematuri sunt inferioare

celor ale copiilor născuți la termen și după trecerea a doi ani de instruire, ceea ce îl determină să-i considere ca făcând parte dintr-un grup numit „de risc”. Alte caracteristici luate în considerație, în diagnoză, se referă la hiperactivitate, impulsivitate, statură mică, slaba inhibiție, infantilism comportamental, slabă dezvoltare a memoriei auditive etc. Critchley are dreptate când manifestă rezerve față de aceste trăsături, deoarece ele sunt confirmate doar ocazional. Unele rezerve se impun și în folosirea testelor de tipul desenării omului (Goodenough), în aprecierea memoriei vizuale în redarea figurilor geometrice complicate (Goutte) sau în depistarea formelor orientate diferit (Borel-Maissonny), în reproducerea de ritmuri video-auditive (Stambak), probe de articulare rapidă, probe de vocabular, probe de discriminare dreapta-stânga.

În această ordine de idei, se impun două precizări: a) slabele priceperi manifestate în desen, în special, dar și în citirea cifrelor și a semnelor muzicale, nu sunt caracteristice disgraficilor și dislexicilor. Pe de o parte, sunt dislexo-disgrafici, care manifestă chiar înclinații pentru astfel de activități, iar pe de altă parte, există subiecți fără tulburări ale limbajului citit-scris, la care apar dificultăți de acest gen. Probabil că sunt alte mecanisme care le explică, dar oricum educația și experiența în domeniul respectiv sunt condiții care trebuie luate în considerare; b) performanțele în scris și în citit diferă de la o perioadă de vârstă la alta, atât la oamenii normali, cât și la cei cu dislexie și disgrafie. Acestea sunt în funcție de o serie de factori psihologici și biologici. Este suficient să cităm, în categoria primilor, pe acei factori care se referă la motivație, la interesul pentru activitate, la aspirația și nevoia de afirmare în plan social, la conștiințiozitatea, la flexibilitatea gândirii și la capacitatea de înțelegere, la nivelul volitional crescut etc, iar din a doua categorie, starea de sănătate, funcționalitatea normală a diferitelor organe în ansamblul organismului, starea de oboseală fizică a diferitelor organe în ansamblul organismului, starea de oboseală fizică și psihică etc. Din cauza acestora, putem fi surprinși de faptul că un disgrafic sau un dislexic poate comite greșeli grosolane într-o zi sau într-o ședință de activitate terapeutică, în timp ce în altele, fenomenele respective să ne pară diminuate.

Cu toate acestea, psihologii, pedagogii și logopezii au ajuns la concluzia că se poate vorbi despre o vârstă a coeficientului de inteligență. Chiar dacă Schonell exagerează, când vorbește despre existența unor vârste ce se referă la recunoașterea cuvântului, a ortografiei, a multiplicării, a compoziției etc; nu este decât o defalcare

pentru analiză, deoarece fiecare vârstă cronologică are un corespondent specific în plan psihologic și educațional. Dar neurologii care se referă la această problemă, printre care și Critchley, o consideră străină de modul lor de a gândi, pentru că aceștia îngustează, în mod nejustificat, întreaga problemă și o reduc la sensuri convenționale structurale ce nu pot fi puse, totdeauna, în evidență. Faptele manifestate în plan psihocomportamental nu sunt luate în analiză cu destulă stringență și nu sunt corelate cu evoluția psihică generală a subiectului.

În analiza tulburărilor limbajului, în general, și a celor de scris-citit, în special, un interes deosebit a suscitat rolul jucat de dominanța cerebrală, la care ne-am referit, ca factor etiologic în deficiențele grafiei și lexiei. Într-un studiu efectuat de noi, împreună cu M. Golu în 1970, am surprins o serie de caracteristici cu implicații complexe în producerea tulburărilor de limbaj și pe care le menționăm, în continuare, deoarece ele prezintă interes nu numai pentru cunoașterea specificității evoluției dislexiei-disgrafiei, dar și pentru diagnoza și terapia recuperatorie logopedică. După cum se știe, lateralizarea poate fi considerată ca o caracteristică a organizării neurofiziologice a funcțiilor și proceselor psihice. Lateralizarea semnifică predominarea unei emisfere cerebrale sau a alteia în efectuarea și rezolvarea diferitelor acte comportamentale. Evoluția filogenetică a sistemului nervos, sporirea coeficientului de stabilitate a organismului și perfecționarea morfologică și structurală a determinat procesul de „dedublare” a formațiunilor nervoase. Cea mai înaltă organizare a acestui proces se pare că o găsim la om. În acest sens, au fost efectuate o serie de cercetări neurofiziologice și psihologice și s-au acumulat o serie de date cu caracter clinic, care confirmă ipoteza potrivit căreia cele două emisfere cerebrale nu sunt echivalente, din punct de vedere funcțional, în ciuda simetriei lor morfologice.

În reglarea și funcționarea proceselor psihice, între cele două emisfere se stabilesc raporturi de subordonare, în sensul că pentru anumiți oameni, o emisferă este dominantă, iar cealaltă subordonată, în timp ce pentru alții, dominanța emisferică este inversă, față de cei din prima categorie. Criteriul după care se stabilizează emisfera dominantă este în funcție de organizarea funcțională a relației dintre sistemele aferente și cele eferente la fiecare om. În același timp, se constată că gradul de lateralizare a diferitelor funcții nu este la fel. Există unele funcții ce pot fi considerate puternic lateralizate, în timp ce altele sunt slab lateralizate. Așa, de exemplu, limbajul, operațiile

motorii (locomotia, manipularea obiectelor), percepția muzicii, reprezentarea eului fizic și conștiința de sine așa cum s-a mai arătat, sunt funcții puternic localizate, iar operațiile mintale (de analiză și de sinteză, de calcul etc), percepția vizuală, actele atenției, procesele afective sunt funcții slab localizate (A.R. Luria, 1962, pag. 75-78).

Limbajul, ca funcție puternic lateralizată, se realizează ca integrare cu toate componentele sale de ordin ideativ, senzorial și motor, fie într-o emisferă, fie în cealaltă – dreaptă, la stângaci și stângă la dreptaci. Aceste fapte au fost deja confirmate în clinicile neurochirurgicale. Este suficient să amintim aici constatările lui W. Penfield, edificatoare pentru faptele semnalate anterior. El a supus intervenției chirurgicale un număr mare de bolnavi cu leziuni localizate în emisfera dreaptă sau stângă. Cu această ocazie, s-au urmărit efectele lateralizării asupra tulburărilor limbajului la afazici. Din totalul de 175 de bolnavi dreptaci, la care s-au efectuat intervenții chirurgicale în emisfera stângă, au apărut tulburări de tip afazic la 121, iar din 252, care au suportat operații la nivelul emisferei drepte, numai unul singur a prezentat asemenea tulburări afazice (W. Penfield, L. Roberts, 1963, pag. 97).

Pornind de la analiza criteriilor statistice, care reliefează un număr mai mare al dreptacilor în raport cu stângacii și a celor ontogenetice, ce relevă evoluția-dezvoltarea și stabilizarea lateralității; pe măsura înaintării în vârstă, se poate afirma că pentru constituirea structurilor limbajului oral și scris, dominanța emisferei stângi este mai importantă și mai oportună. Ca urmare, lateralizarea dreaptă, specifică pentru stângaci, determină o serie de dificultăți de ordin funcțional, care pot conduce, mai cu seamă în copilărie, la disfuncționalități în conduita verbală (orală și scrisă).

Observațiile noastre, desfășurate pe un număr mare de copii, ne-au confirmat că întârzierile în apariția și dezvoltarea limbajului sunt mai frecvente la stângaci, pe de o parte, iar pe de altă parte, tulburările de limbaj sunt mai des asociate cu stângăcia. Pe aceeași linie, sunt semnificative și datele unor autori de prestigiu.

Beckley, de exemplu, din 50 de cazuri de copii stângaci, la 32% a înregistrat tulburări de vorbire; H.W. Siemens, la un număr de 67 copii stângaci, înregistrează un procent de 22,5% dereglări de diferite forme ale limbajului oral, în vreme ce la un lot de 520 dreptaci nu s-au înregistrat decât 6,9 % subiecți cu tulburări de vorbire. O legătură și mai directă este stabilită între stângăcie, stângăcia încrucișată sau ambidextrie și tulburările scrisului – disgrafia (Cl.

Launay, 1965). Merită atenție investigațiile electroencefalografice și clinice care aduc și ele date suplimentare în sprijinul ipotezei cu privire la existența unor dificultăți de reglaj, în cazul stângăciei, mai frecvente decât la dreptaci.

A. Subirana și colab. (1952), cercetând un lot de 318 copii normali, au identificat un număr mai mare de unde cerebrale anormale la stângaci, decât la dreptaci (cit. după W. Penfield și L. Roberts).

F. Schiller a observat că bolnavii săi stângaci, cu leziuni în emisfera dreaptă, întâmpinau dificultăți mai mari în a învăța să scrie cu mâna dreaptă, decât dreptacii care trebuiau, în urma operației, să învețe să scrie cu mâna stângă.

Se recunoaște, în același timp, că se simte nevoia de date suplimentare pentru ca ipoteza respectivă să capete suficient temei; astfel, sunt necesare încă observații și investigații sistematice pe subiecți de diferite vârste, normali și anormali.

Problema ca atare, privind influența lateralității asupra dinamicii limbajului, prezintă nu numai o importanță teoretică, în legătură cu elucidarea complicatei probleme a localizărilor, ci și una practică, care decurge din necesitatea găsirii celor mai adecvate modalități psihopedagogice și logopedice pentru dezvoltarea vorbirii, pentru învățarea scrisului și pentru corectarea eventualelor dizabilități pe care le dezvăluie copiii în sfera comportamentului verbal.

Pentru cercetarea ei, se impune, pe de o parte, găsierea procedeeleor diagnostice adecvate atât pentru depistarea fenomenului stângăciei, cât și a tulburărilor de limbaj asociate, iar pe de altă parte, stabilirea unui program corespunzător de reeducare, corectare sau compensare. Studiul nostru a vizat o serie de aspecte de ordin general care ni se par semnificative pentru cercetarea logopedică.

Mai întâi considerăm că cercetarea trebuie desfășurată în două etape: o etapă prealabilă, care să conducă la identificarea tipului de lateralitate (respectiv a emisferei dominante) și una de bază, menită să depisteze frecvența și natura tulburărilor limbajului oral și scris la stângaci, pe de o parte, și la dreptaci, pe de alta.

În cadrul primei etape, în afară de discuții și observații, noi am aplicat și unele probe speciale. Printre acestea, cele mai edificatoare ni se par următoarele: a) probe motorii, constând din executarea unor operații obiectuale (apucarea și manipularea unor obiecte uzuale – minge, creion, foarfece, cuțit etc); b) probe motorii, destinate dezvăluirii semnelor stângăciei mascate (ascunse), cum sunt încrucișarea degetelor celor două mâini, bătaia din palme, încrucișarea

mâinilor în față, proba dinamometrică; c) probe pentru evidențierea stângăciei în coordonarea mișcărilor membrelor inferioare – săritura într-un picior, sărirea corzii, lovirea mingii cu piciorul; d) probe pentru stabilirea lateralității oculare: privirea cu un singur ochi printr-un tub, măsurarea acuității monoculare, țintirea la un punct fix, suprapunerea de la distanță a creionului peste a linie verticală, pe bază de control monoocular și altele.

Stângăcia, ca atare, am stabilit-o în funcție de valorile pe care le iau indicatorii randamentului la probele menționate în cadrul aparatelor de execuție din partea stângă a corpului, comparativ cu cele din partea dreaptă. Dintre indicatorii pe care-i înregistrăm, cei mai revelatori sunt: viteza de reacție, intensitatea sau forța reacției, precizia și adecvarea mișcărilor, raportul dintre ipostazele de rol activ și pasiv în efectuarea operațiilor.

În etapa a doua, în vederea depistării tulburărilor de limbaj, am procedat la administrarea unor probe logopedice obișnuite: citirea după imagini, citirea unui text, vorbirea reprodușă, vorbirea liberă (recitare, narațiune), numărarea (pentru investigarea limbajului oral) și scrierea după dictare, compunerea liberă, copierea (pentru investigarea limbajului scris).

Ca indicatori ai dinamicii limbajului oral, ne-am oprit la : 1) completitudinea și corectitudinea pronunției cuvintelor (urmărindu-se decelarea erorilor specifice, de tipul omisiunilor, substituirilor, contopirilor, dublărilor, inversiunilor, precum și frecvența lor); 2) ritmul (latențele reacțiilor motorii, intervalele dintre sunete și cuvinte, accentul și intonația); 3) calitatea recepției (corectitudine, volum, capacitate de decodare).

În desfășurarea investigației, se impune luarea în considerație a două fapte cu caracter, oarecum, legic, și anume: 1) relativ egală distribuție a cazurilor de lateralitate dreaptă și stângă la vârstele mici; 2) tendința de creștere a lateralității de dreapta și, corespunzător, diminuarea procentului cazurilor de stângăcie pe măsura înaintării în vârstă.

Astfel, dacă până la vârsta de 5-6 ani par să predomină semnele stângăciei, ulterior raportul se inversează în mod constant. Unde trebuie căutată explicația acestui fapt? Desigur, avem de a face cu mai multe cauze. De aceea, noi ne vom limita la analiza câtorva mai semnificative:

1) maturizarea progresivă și inegală a diferitelor zone corticale și a conexiunilor dintre ele. După cum se știe, mai întâi se dezvoltă și se integrează straturile superficiale I și II ale scoarței, legate de funcțiile de recepție. În cadrul celor două emisfere, ele se dispun în mod diferit: concentrat și relativ bine determinate, în emisfera stângă și difuz, în emisfera dreaptă. Procesul de organizare a acestora din urmă se încheie mai repede decât al celor din emisfera stângă. Aceasta atrage, după sine, în sfera recepției, o dominanță a emisferei drepte care, pe plan comportamental, se poate exprima în preferință pentru mâna, ochiul sau piciorul stâng (adică fenomenul stângăciei). Maturizarea zonelor de recepție, din emisfera stângă, în măsura în care aceasta se caracterizează printr-o capacitate analitico-sintetică și integrativă mai înaltă, duce, treptat, la modificarea raporturilor de dominanță.

În același timp, trebuie menționat că tulburările de organizare spațială și cele de lateralizare nu sunt totdeauna asociate; ele pot apărea și separat. Când intervin tulburări ale organizării spațiale, se perturbă percepția literei și cuvântului, iar prin lipsa de dominare a unei emisfere, se ajunge la „colaborări interemisferice”, care generează conflicte de dominanță (N. Toncescu, 1967, pag. 45-46).

2) desfășurarea treptată a procesului de formare a mișcărilor voluntare obiectuale, instrumentale, de muncă și de comunicare. Inițial, activitatea copilului, de simplă manipulare a obiectelor din jur, este mai puțin controlată de adult și mai puțin supusă anumitor scheme și exigențe. Ca urmare, în sfera motorie se impune, oarecum nestingherit, dominanța de dreapta. Ulterior, însă, copilul fiind nevoit să treacă de la simple acțiuni de joacă la efectuarea unor operații instrumentale și de muncă cu lucruri și instrumente care reclamă folosirea preferențială a mâinii drepte, se creează condițiile necesare de restructurare a raporturilor funcționale dintre mecanismele cerebrale pe baza principiului dominanței emisferei stângi.

3) cristalizarea și consolidarea progresivă a limbajului. După cum am arătat mai sus, limbajul este o funcție esențialmente lateralizată. Realizarea lui presupune participarea unor zone speciale ale cortexului cerebral, care, potrivit datelor citoarhitectonice, la majoritatea oamenilor se dispun în emisfera stângă. Dar, cum structurile limbajului oral se consolidează abia în jurul vârstei de 6 ani, iar ale celui scris încep a se constitui abia la vârsta de 6-7 ani

(după intrarea în școală), există o nouă condiție care favorizează instalarea, în perioada copilăriei mici, a stângăciei. Și numai pe măsura dezvoltării vorbirii, și îndeosebi a însușirii scrisului, fiind tot mai mult solicitate mecanismele din emisfera stângă, proporția stângacilor începe să se reducă. Unii autori consideră că dezvoltarea limbajului ar fi chiar factorul principal al atenuării și ștergerii semnelor stângăciei.

4) în sfârșit, la baza stângăciei stau și cauze mai profunde, de ordin structural-congenital și patologic. Datorită anumitor particularități ale organizării interacțiunii dintre zonele corticale, la unii indivizi rolul integrator, în realizarea limbajului și sistemului mișcărilor voluntare, revine emisferei drepte. Aceasta poate fi o trăsătură transmisibilă ereditar. În acest caz, stângăcia se permanentizează. La copiii stângaci, investigați de noi, numai 6,9 % aveau antecedente de stângăcie în familie (părinți, frați sau bunici stângaci). De aceea, putem presupune că la marea majoritate stângăcia este tranzitorie.

În ceea ce privește cauzele de ordin patologic, acestea pot fi multiple: traumatisme cerebrale, infecții sau intoxicații, dereglări metabolice etc, care afectează într-o măsură mai mare emisfera stângă. În aceste cazuri, dominanța emisferei drepte apare ca modalitate compensatorie și, prin urmare, stângăcia devine statornică.

În condiții normale de dezvoltare, stângăcia la copii reprezintă o fază tranzitorie, care se reduce treptat, pe măsura stabilirii și consolidării raporturilor adecvate de subordonare dintre mecanismele integrative din cele două emisfere. Pe lângă maturizarea naturală a mecanismelor nervoase, atenuarea ei este condiționată și de procesul învățării (în sfera percepției, motricității și limbajului). Pentru organizarea optimă a acestui proces, se impune decelarea din timp a fenomenului stângăciei și elucidarea prealabilă, cât mai exactă, a cauzelor reale care stau la baza fiecărui caz în parte.

Întrucât, așa după cum rezultă dintr-o serie de cercetări experimentale (A. M. Fichot, Fr. Kocher, Cl. Launay, G. Arnold), lateralitatea de stânga poate constitui un factor frenator în dezvoltarea psiho-motorie generală a copilului și mai cu seamă în elaborarea și funcționarea eficientă a structurilor limbajului, impunându-se încă din copilăria mică, adoptarea unei metodologii de influențare a folosirii treptate a mâinii drepte în executarea diferitelor acțiuni, astfel încât să

contribuie la schimbarea dominanței emisferice (de la stânga la dreapta).

Cel mai frecvent apar tulburările limbajului, favorizate de stângăcie, sub forma dislaliilor și, în primul rând, a sigmatismelor și rotacismelor. În schimb, bătăia exprimă cel mai bine caracterul tranzitoriu al stângăciei. Odată cu consolidarea dominanței emisferei stângi și trecerea copilului de la manifestările evidente ale stângăciei la folosirea mâinii drepte, se deschid posibilități sporite de ameliorare și corectare a bătăiei. Mai cu seamă, atunci când bătăia este provocată, printre altele, și de conflictul creat de solicitarea insistentă a copilului stângaci de a folosi dreapta, fără a permite acestuia o perioadă de adaptare în timp.

În sfera limbajului scris, în general, situația se prezintă asemănător. La stângaci, procentul cazurilor de disgrafii (disortografii) sau de erori de scriere este semnificativ mai mare decât la dreptacii de aceeași vârstă (F. Schiller).

Unii autori sunt de părere că ceea ce contează în primul rând nu este stângăcia propriu-zisă, ci lateralizarea defectuoasă ce se manifestă printr-o lateralizare încrucișată sau care nu este bine fixată (J. Simon).

În legătură cu acestea, trebuie subliniat faptul că, în școală, fiind introdusă obligația de a scrie cu mâna dreaptă, se creează o situație conflictuală între cele două verigi executive: stângă, care în cazul dat este preferențială, și dreaptă, relativ slab consolidată. Astfel, schemele operaționale ale mâinii stângi, integrate la nivelul emisferei drepte, posedă un prag mai scăzut de reactualizare (declanșare) și o intensitate mai ridicată (căile de transmisie și de legătură fiind „bătătorite”); în mod firesc, acestea frânează procesul de elaborare a schemelor mișcărilor grafice pentru mâna dreaptă. Fenomenul își găsește expresia în apariția, la stângacii care învață să scrie cu mâna dreaptă, a unor erori tipice: deformări ale literelor, scris ca în oglindă și inversări ale succesiunii literelor în cuvinte, dublări, neregularități dimensionale (mărimea literelor, intervalele dintre ele), devieri labile ale unghiului de înclinație în succesiunea literelor etc. La aceste erori de ordin periferic, executiv, se adaugă o altă serie, care ține de modul de organizare, în plan intern, a elementelor componente ale cuvintelor. Aici intră, îndeosebi, omisiunile, substituirile (înlocuirile), interpozițiile și fuziunile (contopirile) de cuvinte. Omisiunile pot afecta oricare din sunetele (și corespunzător, literele) dintr-un cuvânt. Totuși, cel mai frecvent se extind asupra sunetelor finale

(terminațiilor), asupra diftongilor și triftongilor (ea, oa, eau, iai etc). Ele apar într-o propoziție însemnată, mai ales la grupările bi- și triconsonantice, ca de pildă: mn, cr, șt, ltf, ltm, str.

La rândul lor, substituirile pot fi de cele mai variate tipuri. Cel mai frecvent, noi am întâlnit următoarele:

C \leftrightarrow g, f \leftrightarrow v, ș \leftrightarrow z, s \leftrightarrow z, t \leftrightarrow d, m \leftrightarrow n, e \leftrightarrow i, b \leftrightarrow p, ghe \rightarrow ge sau gi, ci \rightarrow gi, sau ți, ce \rightarrow ci, i \leftrightarrow î, ă \leftrightarrow a, ș \rightarrow j, l \rightarrow r etc.

Metatezele apar, de asemenea, într-o propoziție semnificativă. Ca și substituirile, ele nu au un caracter exclusiv, putând fi întâlnite în oricare cuvânt. Dacă ar fi totuși să le dăm o anumită ierarhizare, în funcție de ponderea pe care o au în diferite familii de cuvinte, atunci am putea afirma că frecvența cea mai mare o înregistrează în cuvintele polisilabice care conțin grupuri compacte de consoane și vocale.

În sfârșit, contopirile au un procent mai mic decât celelalte categorii de erori menționate mai sus.

Orton este de părere că scrisul în oglindă, ce apare în urma cititului în oglindă și care se poate datora lipsei de afirmare a dominanței unei emisfere cerebrale, determină un grafism, fie prin inversarea literelor, fie prin menținerea lor obișnuită, dar se scrie de la dreapta la stânga.

Așadar, constatăm că stângăcia generează o seamă de dificultăți în formarea structurii limbajului scris. Acestea reclamă o preocupare specială din partea învățătorilor pentru copiii stângaci. În primul rând, încă la intrarea în școală (în clasa I), se impune necesitatea depistării și luării lor în evidență. În acest scop, în afară de discuțiile cu părinții și cu copiii înșiși, este necesară aplicarea, individual, a unor probe speciale, de genul celor indicate de noi pentru a determina gradul de extensiune a stângăciei și de a dezvălui semnele ascunse, mascate ale ei. Apoi, în funcție de rezultatele acestei investigații diagnostice, urmează elaborarea unui program adecvat de învățare și redresare, atât în sfera recepției, cât și în cea a execuției (motricității). Copiii cu o stângăcie foarte accentuată, care prezintă tulburări severe de vorbire, trebuie neapărat supuși unui tratament logopedic calificat. În cazul lor, nu este recomandabilă insistența de a învăța să scrie cu mâna dreaptă. Aceasta nu face decât să creeze complicații suplimentare și să agraveze tulburările limbajului. Observațiile noastre arată că revenirea acestor copii de la scrierea cu mâna dreaptă la scrierea cu mâna stângă duce la o optimizare considerabilă a procesului de elaborare a deprinderii scrisului. La copiii cu o stângăcie ușoară și de natură tranzitorie, dimpotrivă, este

contraindicată scrierea cu mâna stângă. Ei trebuie, încă de la început, deprinși să scrie cu mână dreaptă. Dar, pentru ca progresul să nu fie stânjenit și să se asigure o consolidare deplină a schemelor mișcărilor grafice și a modelelor lor interne, este necesar să se asigure comutarea integrală a preferinței manuale, de la stânga la dreapta. Aceasta presupune ca nu numai la lecțiile de învățare a scrisului, ci în toate celelalte activități, copilul trebuie să fie ajutat să se folosească de mâna dreaptă și de piciorul drept, ca verigi executive dominante: mâna stângă și piciorul stâng urmând să treacă pe poziție de verigi auxiliare, subordonate. Organizarea pe toate planurile a activității de învățare și transfer de dominanță, desfășurarea ei pe baza unor exerciții sistematice și complete (cuprinzând întreaga gamă a tipurilor de mișcări voluntare: de la simplele mișcări gestuale și indicatoare până la complexe operații instrumentale) reprezintă condiția fundamentală pentru asimilarea corespunzătoare a actului scrierii și pentru consolidarea structurilor interne ale limbajului, în general.

Trebuie avut în vedere că multe din tulburările limbajului apar, la stângaci, odată cu intrarea în școală, ca urmare a conflictului ce se creează între stângăcie, care predomină, și solicitarea insistentă în a folosi mâna dreaptă. În situații mai grave, acest conflict poate genera nu numai tulburări ale limbajului, dar și tulburări ale comportamentului, în general.

Față de acești copii, se impune o atenție cu totul specială. În primul rând, este necesară corectarea tulburărilor de limbaj, îndată ce ele se manifestă, pentru a nu permite fixarea și consolidarea lor și crearea la copil a unei stări negativiste față de actul vorbirii. În felul acesta, se înlătură o serie de obstacole care ar putea duce nu numai la tulburări ale comportamentului, ci și la serioase rămăneri în urmă la învățătură.

După cum s-a văzut, noi am analizat tulburările specifice disgrafiei și dislexiei și numai în treacăt am pomenit de cele de tip agrafic sau alexic. Acest fapt este justificat, dacă avem în vedere că agrafia și alexia nu sunt tulburări de sine stătătoare, la indivizii cu intelect normal dezvoltat. Dar ele sunt caracteristice în sindroamele afazice, în unele forme de disartrie și în deficiențele grave ale intelectului (fig. 34,35).

Încă din de legione
 Măci de căpătâie în tineret
 Care vânușea tu
 n
 Trece sub călărețul
 Măci de căpătâie în tineret
 Alina din mână de călărețul
 Măci de căpătâie în tineret
 Căci tu nu în mână de călărețul
 Alina din mână de călărețul

Fig. 34. Scrișul copiat al unui elev în vârstă de 12 ani, din școala specială (după patru ani de școlarizare).

1 H
 Alina
 Alina și părinți

6

Fig. 35. Scrișul aceluiași elev, la proba de dictare

De asemenea, ele merită o atenție specială în tulburările patologice sau în leziunile encefalului. Pe toate acestea le vom analiza, atunci când vom vorbi despre deficiențele respective. Pe de altă parte, incapacitatea totală manifestată de unii subiecți de a învăța citit-scrisul, în condițiile unei instrucții normale, determină, în plan psihocomportamental, afecțiuni specific agrafiei-alexiei. În fapt, majoritatea manifestărilor agrafiei și alexiei sunt, din punct de vedere formal, asemănătoare celor de tip dislexic și disgrafic, numai că sunt mult mai profunde, mai extinse și mai complexe. Așadar, agrafia și alexia le concepem ca manifestări tipice, asociate cu alte dereglări sau care apar pe fondul unor deficiențe generale, cu o etiologie complexă neurologică, morfologică, structurală și funcțională.

Dacă am manifestat serioase rezerve cu privire la unii reprezentanți ai teoriei neurologice, care afirmă existența unor relații singulare și univoce între tulburările citit-scrisului și dereglările de structură ale creierului, aceeași rezervă o adoptăm și față de negarea oricărui deficit neurologic sau intelectual în dislexie-disgrafie. Din acest ultim punct de vedere, afirmația lui J de Ajuriaguerra și colaboratorii nu este întemeiată, pentru că limitează fenomenul la o singură categorie de deficienți. „Un copil este disgrafic atunci când calitatea scrisului său este deficitară, fără ca această lacună să poată fi explicată de vreun deficit neurologic sau intelectual. Este, deci, vorba de copii normali, din punct de vedere intelectual, care vin să fie consultați pentru scrisul lor ilizibil sau prea lent; aceste dificultăți stânjenesc, adesea, înaintarea normală a școlarității lor”(1980, pag. 215).

După cum vom vedea în continuare, tulburările citit-scrisului la deficienții de intelect, la nevăzătorii care scriu în Braille, ca și în cazurile subiecților cu dereglări neurologice și patologice, se manifestă în forme specifice, dar și asemănătoare celor descrise în acest capitol, adică la cei cu normalitate psihosenzorială.

Cap

EVOLUȚIE ȘI SITULBURĂRILE SCR HANDICAPURILA

1. *Specificul dislexo-a d*

Limitarea percepției v optice la nevăzători influențe imagini, a obiectelor și fen același timp; formarea și actu obiectelor percepute în trecut, lipsei de integritate a analizate nevăzătorii congenital, imag proceselor senzoriale auditive iar calitatea acestora depinde ca și de modul de organiz dominantă, informația primită este influențată de reprezentă survenită. Dacă orbirea a surv se pot șterge sau pot dispărea și exercită o influență perma analizatorii rămași sănătoși, imaginilor despre realitatea i nevăzători, percepția tactil-ku

logice
atunci
parte,
citit-
plan
fapt,
vedere
ă sunt
afia și
iri sau
plexă

anți ai
are și
ră ale
deficit
punct
este
rie de
ui său
vreun
rmali,
acrisul
desea,

isului
și în
e, se
ise în

Capitolul XII

EVOLUȚIE ȘI SIMPTOMATOLOGIE ÎN TULBURĂRILE SCRIS - CITITULUI PE FONDUL HANDICAPURILOR PSIHOSENZORIALE

1. *Specificul dislexo-disgrafiei în Braille, la deficienții de vedere*

Limitarea percepției vizuale la ambliopi și lipsa informației optice la nevăzători influențează negativ reflectarea, sub formă de imagini, a obiectelor și fenomenelor realității înconjurătoare. În același timp, formarea și actualizarea reprezentărilor, ca imagini ale obiectelor percepute în trecut, devine un proces anevoios, ca urmare a lipsei de integritate a analizatorilor. În lipsa văzului, mai cu seamă la nevăzătorii congenital, imaginile mintale se formează pe baza proceselor senzoriale auditive, olfactive, gustative, tactil-kinestezice, iar calitatea acestora depinde de experiența de viață a handicapatului, ca și de modul de organizare a întregii structuri psihice. Deși dominantă, informația primită pe cale tactil-kinestezică și auditivă, este influențată de reprezentările vizuale la nevăzătorii cu deficiență survenită. Dacă orbirea a survenit în copilărie, reprezentările vizuale se pot șterge sau pot dispărea cu timpul, dar, prin exersare, se mențin și exercită o influență permanentă asupra percepției realizate prin analizatorii rămași sănătoși, fapt care influențează asupra formării imaginilor despre realitatea înconjurătoare. Trebuie subliniat că la nevăzători, percepția tactil-kinestezică, joacă un rol fundamental în

formarea reprezentărilor și în organizarea lor ca imagini unitare ale obiectelor și fenomenelor. Astfel, percepția tactil-kinestezică se înscrie ca factor hotărâtor în compensarea deficienței de vedere. Chiar și în ambliopie, recunoașterea obiectului nu se reduce numai la investigarea sa pe cale vizuală, ci și pe cea tactil-kinestezică, pentru că există tendința de înlocuire a explorării vizuale cu o formă de aferentație mai eficientă. (M. Ștefan, 1981, pag. 26).

Pe de altă parte, caracteristicile percepțiilor și reprezentărilor la nevăzători pot determina un decalaj evident între volumul informațiilor primite pe cale senzorială, prin care se cunoaște latura concret intuitivă a fenomenelor și cele primite pe cale verbală, în care domină cunoștințele abstract-generalizatoare. Acest decalaj are repercusiuni nu numai asupra proceselor psihice senzoriale, dar și asupra dezvoltării celor superioare. Astfel, numai prin dezvoltarea reprezentărilor și percepțiilor tactil-kinestezice, în vederea cuprinderii unor informații cât mai complete, se poate stabili un raport adecvat între acestea și nivelul vocabularului, în special, și al vorbirii, în general. În fapt, și specificul proceselor psihice superioare, cum ar fi memoria, imaginația, determină o limitare a experienței concret-intuitive, deoarece cunoașterea senzorială nu este suficient stimulată și motivată. Efortul nevăzătorului este centrat pe exersarea și dezvoltarea proceselor mnezice ce reunifică, în ultimă instanță, adaptarea biologică. Dar condiția esențială a funcționării optime a cunoașterii atât pe cale senzorială, cât și prin intermediul proceselor cognitive superioare, este dezvoltarea maximală a atenției și a calităților sale. Însăși deficiența implică o solicitare și o exersare permanentă a atenției nevăzătorului în desfășurarea oricărei forme de activitate. Așa spre exemplu, în scrierea și, mai ales, în citirea Braille, atenția nevăzătorului este complex solicitată, deoarece perceperea pe cale tactil-kinestezică a punctelor izolate are semnificație numai dacă sunt cuprinse, simultan, în câmpul atenției. Tocmai datorită exercițiului, K. Bürklen constată, experimental, la un grup de elevi, că prin citirea prelungită nu se înregistrează o creștere semnificativă a gradului de oboseală, iar H. Wappmann a evidențiat capacitatea de concentrare și stabilitate a atenției nevăzătorului într-un experiment ce viza menținerea, cât mai mult timp, a orientării și concentrării atenției.

Capacitatea vizuală, în ansamblu, este supusă procesului perfecționării, în care factorul psihologic joacă rolul fundamental. Chiar și metodele care vizează determinarea capacității vizuale, cum este metoda orto-psihipedagogică, iau în considerate componenta

psihică, ceea ce-i face pe unii autori să afirme că prin măsurarea capacității vizuale se ajunge implicit la evaluarea nivelului mintal (G. Carlevaro, H. Quillom). Dezvoltarea capacității vizuale, și odată cu aceasta a funcțiilor psihice ale deficienților, se poate realiza prin exerciții de identificare a unui număr cât mai mare de obiecte în condiții variate.

Data fiind deficiența de vedere, care limitează accesul la informațiile senzoriale, rolul limbajului capătă o importanță deosebită, întrucât prin el se realizează un contact complex cu lumea înconjurătoare. În aceste condiții, limbajul devine modalitate instrumentală de compensare prin influența pozitivă asupra dezvoltării activității psihice, în general, și contribuie la recuperarea naturală prin acțiunea favorabilă asupra subsistemului psihic aflat în stare critică. Ca atare, o atenție deosebită trebuie acordată formării și dezvoltării vorbirii, deoarece lipsa vederii și imposibilitatea de a imita vizual mișcările fonoarticulatorii ale aparatului de emisie determină menținerea unui număr mare de handicapuri de vorbire și, în special, cele de pronunție-articulație, manifestate sub forma dislaliilor și a rinolaliilor.

În vederea recuperării funcțiilor pierdute, se elaborează sisteme active, prin care funcțiile sănătoase preiau în mod adaptativ o serie de comportamente care asigură echilibrarea corespunzătoare dintre organism și mediu. „Cu tot specificul recuperării funcțiilor, în comparație cu dezvoltarea acestora, ambele procese exprimă, în egală măsură, structura lor de sistem. Acest din urmă fapt face posibilă atât compensarea, bazată pe înlocuirea elementului care a suferit direct (așa numita compensare intrasistemică), cât și adaptarea funcțiilor noi la sarcini; de aceea, nu este o întâmplare că se acordă, actualmente, o importanță mult mai mare noțiunii de compensare, dat fiind că succesele obținute în studiul mecanismelor compensării au arătat că nu există nici o deosebire, de principiu, între restructurarea funcțiunilor în condiții patologice și în condiții normale” (A. N. Leontiev, 1963, pag 36). O astfel de compensare se evidențiază, la nevăzător, și în faza de automatizare a citirii, ca urmare a intervenției fenomenului anticipării, datorită căreia, prin perceperea unui singur semn, se produce declanșarea succesiunii sensului logic al semnelor următoare, ceea ce contribuie la o mai bună înțelegere a conținutului textului (D. Damaschin, 1973).

Unii autori sunt de părere că înțelegerea textului și chiar performanțele în lectură depind, predominant, de motivație și de calitatea factorilor cognitivi (V. Preda, 1988, pag. 63).

Odată cu însușirea citit-scrisului în Braille, posibilitățile de dezvoltare a limbajului se diversifică și contribuie la realizarea unui sistem unitar de reprezentări, iar imaginea tiflografică permite o legătură nemijlocită între cuvânt și imaginea concretă a obiectului, ceea ce duce la conceptualizarea corectă a acțiunii. *La realizarea citit-scrisului în Braille, ca reprezentare punctiformă în relief, participă patru analizatori de bază : auditiv, verbokinestezic, tactil și kinestezic. Prin intermediul analizatorului auditiv, se realizează discriminarea fonetică și învățarea emiterii corecte a sunetelor, iar prin cel verbokinestezic se ajunge la descompunerea cuvântului în foneme și comprehensiunea lui ca unitate semantică, ceea ce permite să se transpună în scris, sub formă de grafeme, cu ajutorul analizatorilor tactil și kinestezic. În actul citit-scrisului, funcționarea analizatorilor este unitară, dar în perioada formării deprinderilor are loc o dominare temporară a unuia din aceștia și se pare, de cele mai multe ori, a celui auditiv.*

Organizarea sistemului Braille, ca și derivarea ultimelor trei decade din prima decadă, conferă un specific aparte învățării citit-scrisului, care se deosebește de citit-scrisul în alb-negru. La aceasta, se adaugă faptul că grafemul scris nu coincide cu litera citită pentru că ultima este inversa imaginii percepute în scris. Astfel, grafemul în Braille este reprodus pe partea opusă a foii de scris (întepate) și, ca atare, direcția de scriere este de la dreapta spre stânga, iar a citirii este de la stânga spre dreapta, ca urmare a întoarcerii foii. Prin combinarea celor șase puncte, ce se dispun câte trei pe coloane paralele, rezultă efectul motor al grafemelor (pe partea întepată a foii și imaginea tactilă a grafemelor, pe foaia întoarsă pentru citire). Spre deosebire de scrierea alb-negru, scrisul în Braille se realizează vertical și discontinuu, fapt ce determină o reducere a vitezei, pentru că trecerea punctatorului, dintr-o căsuță în alta, imprimă mișcării un caracter întrerupt. Mișcările mâinii stângi, care urmează și controlează întepăturile executate de mâna dreaptă și întoarcerea, pentru identificarea rândului următor, pentru fixarea mâinii drepte, determină o reducere și mai mare a timpului de scris. Dar și citirea în Braille are, de regulă, un ritm mai lent, deoarece prin analizatorii tactil și kinestezic nu se poate realiza o imagine atât de sintetică, de unitară cum se realizează prin analizatorul vizual. În același timp, pentru citire

(viteză și corectitudine) trebuie luați în considerație, pe lângă calitatea abilității-deprinderii, nivelul sensibilității tactil-kinestezice, mărimea reliefului, materialul pe care este scris textul, temperatura etc.

Date fiind aceste dificultăți caracteristice pentru însușirea scris-cititului în Braille, am constatat o gamă mult mai variată de greșeli ce se înscriu în categoria tulburărilor lexico-grafice la nevăzători, în comparație cu văzători care scriu și citesc în alb-negru. În timp ce literatura de specialitate conține numeroase referiri la tulburările lexico-grafice în scrierea obișnuită, pentru citit-scrisul în Braille nu am găsit studii sistematice care să vizeze tipurile de greșeli ale nevăzătorilor. În speranța de a suplini aceste lacune, împreună cu G. Anastasiu (1973), am întreprins un studiu experimental, menit să surprindă formele disgrafice la nevăzători. Datele obținute și observațiile efectuate ne-au permis, pe de o parte, să efectuăm comparații cu manifestările disgrafice apărute în alb-negru la văzători, iar pe de altă parte, să adoptăm unele principii metodologice ce vizează înlăturarea dificultăților respective.

Pentru a surprinde greșelile tipice în scrierea Braille, noi am dat elevilor nevăzători o compunere liberă (tema la alegere), o dictare care conținea și unii diftongi și triftongi și în fine, am prelucrat materialul dintr-o serie de caiete pentru dictare și compunere. Au fost supuși investigației un număr de 50 de elevi din clasele anilor III, IV și V ale școlii profesionale speciale, echivalente cu clasele a VI-a, a VII-a și a VIII-a ale școlii generale, iar unele constatări se referă și la alți elevi, urmăriți cu ocazia asistențelor la clasă. Am ales aceste clase deoarece la vârstele respective, scrisul în Braille este bine stăpânit, automatizat. În urma analizei materialului faptic, au rezultat următoarele tipuri de greșeli, care au o frecvență mai mare:

1. Omisiuni de litere și silabe. Cele cu o frecvență mai mare sunt: i, s, a, t, m, r, o, u, î, ao, ea, n. Se știe că și în scrierea alb-negru apar asemenea omisiuni; grafemele a și i au, în special, o frecvență mai mare. În Braille, ca de altfel și în scrierea obișnuită, omisiunile respective nu apar ca urmare a nestăpânirii scrisului (stăpânirea a fost verificată pe altă cale); ele au la bază alte cauze, pe care le-am analizat în capitolul respectiv și care sunt valabile și pentru disgrafia celor care scriu în sistemul Braille;

2. Omisiuni de cuvinte, propoziții și sintagme. Ca o caracteristică, omisiunile de cuvinte, propoziții și sintagme apar mai des spre sfârșitul compunerii și al dictării, în urma apariției oboselii. În scrierea obișnuită, un asemenea tip de greșală apare rar și

întâmplător. În scrierea Braille, omisiunile de acest fel apar cu o anumită constanță, mai ales atunci când scrierea nu este bine stăpânită. O altă cauză o poate constitui și faptul că ideile, gândurile subiectului au o desfășurare mai rapidă, în unele cazuri, în comparație cu posibilitățile sale de transpunere în scris;

3. Contopiri de cuvinte. Se constată că frecvența contopirilor de cuvinte este mai mare în dictări față de compuneri. Contopirile nu se datorează faptului că subiectul aude un singur cuvânt sau că nu aude două cuvinte distincte, ci mai degrabă fenomenului de perseverare și neatenției în trecerea cu punctatorul peste căsuța care indică spațiul liber dintre cuvinte. Și timpul limitat, impus în dictări, poate fi un factor favorizant al acestor tipuri de greșeli. Spre exemplu: *vineacasă, zăpadăcopii, năicare, acivilizației, pauzaurmătoare, unasemenea, oluau, zăpadăpe, lecții pentru etc.*

4. Substituirii de grafeme. Acest fenomen apare foarte frecvent în scrierea Braille. De altfel, el are o frecvență mare și în scrierea obișnuită. Cele mai dese substituirii sunt: u substituit cu ă (cănoaște), i cu e, o cu u, o cu e, e cu i (dici), ă cu u (lumpi), x cu g (egmatriculat), t cu s (trecus), p cu m, l cu r, s cu z, a cu o (oparte), f cu p (prig), m cu c, v cu u, ă cu e, l cu b, s cu c, g cu f, u cu e, p cu f, oa cu z, ș cu r, r cu z, b cu a, s cu p, s cu i, c cu m, f cu d, z cu s, z cu z întors, i cu f, cu ă, m cb, j cu un semn necunoscut, n cu q, iar z devine frecvent u în fața lui i.

Semnalăm faptul că substituirile subliniate au o frecvență mare și în scrierea obișnuită. În scrierea Braille, înlocuirile se datorează diferențelor mici dintre forma (punctată) a unui grafem în comparație cu altul, a formei asemănătoare (simetriei) între dispoziția punctelor din stânga față de cele din dreapta sau a simetriei de sus față de jos. Pe de altă parte, unele substituirii rezultă din nepunctarea fermă (clară) sau sigură, ceea ce face ca la citire să se perceapă un alt grafem decât cel corespunzător. Dacă în scrierea alb-negru unii autori explică, așa cum am văzut, tulburările limbajului scris (ca de altfel și cele ale cititului) pe baza unor afecțiuni corticale ale văzului, în Braille, componenta vizuală nu este suficientă pentru a explica fenomenele de disgrafie. De fapt, neputința de a explica disgrafia, în scrierea Braille, pe baza unor tulburări vizuale, ne face să credem că rolul dereglărilor de văz a fost exagerat la disgraficul văzător. Un argument în plus îl constituie și faptul că numai la unii indivizi, care au tulburări vizuale, apar tulburări ale limbajului scris. Sunt mulți copii ambliopi care

ajung să stăpânească scrisul și cititul la fel de bine ca și cei fără deficiențe de vedere.

Comparativ cu fenomenele de substituie, întâlnite la disgraficul care scrie în alb-negru, la nevăzătorii care scriu în Braille, aceste fenomene au un caracter mai pronunțat, deoarece confundarea grafemelor în scrierea Braille este mai evidentă și mai variată, pe de o parte, iar pe de altă parte, coordonarea acustico-vizuală-kinestezică se reduce la componenta acustico-kinestezică – ceea ce duce la diminuarea posibilităților de transpunere grafică, semantică și lexică a ideilor transmise și a gândurilor proprii. Credem că aprofundarea cercetărilor în această direcție ar putea conduce la surprinderea acelor reguli care determină substituie ca fenomen constant de disgrafie.

5. Substituiți și deformări de cuvinte. Acest fenomen are, de asemenea, o frecvență mare la disgraficii în scrierea Braille. Majoritatea acestor fenomene se produc pe bază de asimilare și prin scrierea cuvintelor la plural, când sunt dictate la singular și invers, scrierea la singular, când dictarea se face la plural. Cităm câteva exemple din compunerile și dictările elevilor: televizate = televiziune, peornesc = pornesc, filfilizația = civilizația, petrol = petrol, zumană = umană, aspiratoare = aspiratoare, electricitatea = electricitate, egzista=exista, oamenii= oameni; iubeau= iubea, tot=toți, haine = hainele etc.

6. Adăugiri de grafeme și cuvinte. Aici se poate surprinde o anumită regulă și anume, adăugarea frecventă a unor grafeme la sfârșitul cuvântului, atunci când acestea se găsesc și în cuvântul următor, de preferință la începutul cuvântului următor. Un astfel de exemplu îl constituie frecvența mare în adăugarea grafemului a. Des sunt adăugate și t întors, l, i, b, p etc. Dintre aceste grafeme, a, l și i sunt adăugate, frecvent, și la disgraficul în scrierea alb-negru. Pe de altă parte, apar repetiții ale unor silabe în interiorul cuvântului (plângegeau), repetarea unor cuvinte fără sens, repetarea unor silabe în diverse împrejurări (ii), repetarea unor cuvinte (bine, la) și, în fine, repetarea ultimelor silabe.

7. Înlocuirea unor cuvinte sau comprimarea lor. Acest fenomen este întâlnit mai rar și nu totdeauna duce la schimbarea sensului frazei, mai cu seamă dacă se are în vedere contextul general al compunerii sau al dictării (învățătoare în loc de profesoară și invers, sau soară în loc de profesoară).

8. **Disortografii.** Apar multe dezacorduri gramaticale, omisiuni ale semnelor gramaticale: puncte, virgule, semnul exclamării, al mirării, lipsa literei mari la început de propoziție.

9. **Rânduri lăsate libere sau suprapuse.** Spații goale între rânduri apar atunci când este mutat punctatorul pe un nou spațiu, înainte de a realiza o coordonare perfectă a spațiului următor de către mâna stângă, care îndeplinește rolul de control. Rândurile suprapuse sau încălecate apar tot din cauza slabei coordonări dintre mâna stângă, care îndeplinește rolul de control, și cea dreaptă, de execuție. Existența acestui fenomen duce la îngreunarea citirii, la scăderea ritmului și chiar la slaba înțelegere a conținutului.

10. **Nesiguranță în scriere.** Acest fenomen apare, uneori, ca urmare a nestăpânirii deprinderii de scriere și se manifestă prin prezența unui text zdrențuit sau cu relief slab, ceea ce îl face ilizibil. Relief slab apare mai frecvent spre sfârșitul compunerii sau al dictării, când se instalează oboseala. Scrisul zdrențuit apare și atunci când, în virtutea unei deprinderi vechi, elevul târăște punctatorul în căsuța plăcii în loc să-l ridice de la un punct la altul.

11. **Texte necoerente, ilogice.** Asemenea manifestări apar, în special, în compuneri la subiecții a căror disgrafie este mai accentuată sau care au și alte tulburări de limbaj, ca bâlbâială, dislalie etc. Compunerile respective se caracterizează prin aceea că dau impresia incapacității copiilor de a lega logic elementele, acțiunile conținute în povestiri, fapt care face ca acestea să fie aride și deseori cu semnificații ambigue. La copiii cu o disgrafie ușoară, se manifestă preocuparea pentru redarea logică a acțiunilor cu motivații cauzale. Ca atare, compunerea devine mai încheată și apare evident conștientizarea sistemelor de asociații ce se stabilesc pe plan mintal între elementele conținute, prin evidențierea dinamismului și plauzibilității lor.

Pentru citire, greșelile de tip dislexic le putem grupa astfel: repetarea cuvântului, înlocuirea cuvântului mai frecvent cu un alt cuvânt apropiat ca sens și semnificație, înlocuirea cuvântului cu grupuri de sunete cu sens sau chiar fără sens, omisiunea literelor, a silabelor și a cuvântului, adăugarea de litere și cuvinte, pronunțarea defectuoasă a literelor și a cuvintelor (mai cu seamă, la cei care au și dislalie), nerespectarea intonației și accentului, silabisirea, sărirea ori repetarea intonației și a accentului, silabisirea, sărirea ori repetarea rândurilor etc.

De cele mai multe ori, repetarea cuvântului se datorează faptului că dislexicii nu realizează înțelegerea completă a textului, iar viteza redusă în citire nu creează ideea de continuitate, și atunci se simte nevoia reîntoarcerii atât pentru înțelegere, cât și pentru a facilita cursivitatea citirii. Persistența, în timp, a unor astfel de greșeli duce la instalarea unor deprinderi deficitare ce se pot manifesta și după perfecționarea abilităților în citire și când textul nu prezintă dificultăți deosebite pentru înțelegere. În plus, un asemenea fenomen poate fi favorizat și de mișcările incorecte ale mâinii, mai cu seamă la întoarcerea și citirea rândului următor, și care fac posibilă repetarea perceptivă a aceluiași semn grafic. Dacă stăpânirea citirii nu este bine realizată, atunci repetarea cuvântului, și chiar înlocuirea lui, este favorizată de tendința subiectului de a ghici cuvântul și îndată ce își dă seama rămâne asupra lui, încercând să se corecteze. Și silabisirea, ca și înlocuirea cuvântului, au la bază lipsa de exercițiu și formarea unor deprinderi greșite în stăpânirea cititului. Caracteristica analizatorului tactil de a cuprinde un număr mai mic de impulsuri, spre deosebire de cel vizual, favorizează și el citirea silabisită și perceperea dispartă a sintagmelor, ceea ce explică varietatea fenomenelor descrise mai sus.

Omisunile au o frecvență mai mare, ca și în scris, spre sfârșitul rândului și sunt fie urmare a oboselii, fie a tendinței de a realiza o citire mai rapidă. Dar și într-un caz și în altul se produce o coordonare defectuoasă între cele două mâini. Fenomenele de omisiune se accentuează și devin mai frecvente când relieful nu este bine perceput sau când slaba igienă a mâinii (policelor degetelor), ori temperatura scăzută determină o reducere a sensibilității tactile.

În anumite situații, și adăugirile au la bază acești factori. Perceperea succesivă a literelor, impusă de simțul tactil, creează un anumit interval de timp între realizarea imaginii mintale pentru unitățile percepute și permite strecurarea unor cuvinte care, pot fi considerate parazite, chiar dacă ele nu alterează înțelegerea textului, dar care, auditiv, sunt percepute neplăcut. Adăugirile sunt favorizate și de asociațiile verbale, sugerate de textul parcurs ori de reactualizarea unor expresii întâlnite anterior de către subiect și verbalizate în timpul citirii.

Problemele de intonație și de accent, care sunt deseori deficitare și la cititorii văzători, sunt mai frecvente în Braille, deoarece simțul tactil nu poate cuprinde, global, ansamblul rândului de citit și, ca atare, semnul de punctuație este perceput la un anumit interval de timp după citirea cuvântului. Prin prezența tulburărilor de pronunție,

în citirea literelor, se creează dificultăți și mai mari în respectarea corectă a intonației și a accentului, întrucât subiectul este centrat și preocupat de evitarea greșelilor.

La baza tulburărilor de citit-scris, în Braille, stau aceleași cauze ca și în scrierea și citirea în alb-negru, cu mențiunea că deficiențele de motricitate și cele de organizare spațio-temporală devin predominante în cele mai multe cazuri. Același rol însemnat îl joacă și formarea deprinderilor corecte lexico-grafice pentru că, mai mult decât la normali, la deficienții de vedere dificultățile generate de ele au implicații complexe, iar corectarea spontană se face cu mare dificultate. În afara unui sistem organizat de instrucție-educatie, formarea și dezvoltarea abilităților lexico-grafice în Braille este extrem de dificilă.

Pentru a ilustra comportamentul dislexo-disgrafic, prezentăm trei cazuri care ni se par semnificative pentru cele subliniate anterior. Cazurile respective au fost selectate dintr-un lot experimental de elevi cu dislexie-disgrafie, supus investigației pentru surprinderea caracteristicilor specifice ale tulburărilor lexico-grafice la nevăzători.

P. Dumitru, anul II de studii, în vârstă de 16 ani, dezlipire de retină posttraumatică, a terminat o clasă la școala de masă. Încearcă să citească cu mâna stângă, deși nu este stângaci. De la 9 ani (când a avut accidentul), rămâne acasă până la vârsta de 16 ani. Cele mai multe dificultăți pot fi explicate de diagnosticul de albinism și de dificultăți motorii, determinate de mișcări dreapta-stânga ale capului. Prezintă dezinteres pentru citire și, în general, pentru pregătirea școlară. În legătură cu meseria pe care urmează să și-o însușească la școală, nu manifestă o preferință specială și relatează că o va face pe aceea la care va fi îndrumat. Nu a putut citi decât cu mare greutate 2-3 cuvinte izolate, silabisindu-le de câteva ori. În cazul altor cuvinte, a literalizat succesiv, fără a le putea unifica într-un cuvânt. Face încercări de a citi și depune mare efort în identificarea literelor. Încearcă să ghicească cuvintele, dar de cele mai multe ori nu reușește. Este comunicativ. Prezintă ticuri verbale frecvente, cum sunt „așa”, „da”. În ceea ce privește scrierea, din textul dictat, care cuprindea 73 de cuvinte (însușind 278 grafeme), a scris corect 13 cuvinte (ceea ce reprezintă 17,8% din text), însușind 30 de grafeme (adică 10,8 % din textul

* Exprimăm mulțumiri prof. Gheorghe Enache, care ne-a pus la dispoziție cazurile respective și care au fost analizate de el cu ocazia realizării lucrării de licență, sub conducerea noastră științifică.

dictat). Din aceste 13 cuvinte, 11 sunt monosilabice (și, de, pe, meu, că, nu, le, pot), iar două sunt bisilabice (care, capul). Dintre principalele tipuri de greșeli ce au fost depistate, enumerăm pe următoarele: 1. substituirea vocalelor: ă/e (de 5 ori), i/e (venet), e/ă (de 3 ori), oa/u (cunoaște); 2. substituirea vocală / consoană: ă/h (iach), î/h (hncepeți, hmpăratul); 3. adăugarea vocalei: a în interiorul cuvântului, i la sfârșitul cuvântului (fii, suferii); 4. omisiunea consoanei finale s (sco); 5. adăugarea consoanei h în interiorul cuvântului (de 5 ori, în special după consoana c: chrăbăni, dach, chnoaște) sau la finele cuvântului; de asemenea, după consoana c (duch, pregătesch); 6. omisiunea a 8 cuvinte: albi, peri, vei, de tine etc; 7. adăugarea conjuncției și; 8. repetarea cuvintelor (de 5 ori). Metateza, foarte rar întâlnită în scrierea Braille, apare aici la cuvântul hai, redat grafic ahi. În același timp, se manifestă tendința de prescurtare a cuvintelor și contopirea lor. Astfel, sintagma "o vei ghici" apare grafic vag, asociată cu o metateză alcătuită din grafemele inițiale ale celor trei cuvinte. Frecvent, este reprezentată și contopirea cuvintelor separate: să le, tu vino, după mine, va fi, vă mai, a mea adevărată, casa mea că etc (în total 8). De asemenea, apare fragmentarea cuvintelor prin pauza grafică: ade/vărat, duce/ți-vă, ve/nit, pregăte/sc, fe/ri/ce etc. În total, face 69 de greșeli de tip disgrafic.

A. Marilena, clasa a III-a, în vârstă de 12 ani, cu diagnosticul de atrofie optică. Se manifestă atât în clasă, cât și în timpul liber, ca impulsivă, hiperemotivă, crispată și dezordonată. Importante pentru citit-scris sunt tulburările de motricitate și poziția defectuoasă în bancă, ceea ce face ca spatele să fie puternic curbat, cu umerii ridicați, cu capul în piept și cu brațele mult ridicate față de planul cărții. Vorbirea este curgătoare, dar incorectă, atât în planul pronunției, cât și în cel semantico-gramatical. Citește 20 de cuvinte în trei minute. Omite o frază; adaugă cuvinte, omite cuvinte. Nu leagă mai mult de două-trei cuvinte între ele. Face pauze lungi, pronunță subvocal literele și evită cuvintele lungi. La textul necunoscut încearcă să ghicească cuvintele, iar după câteva încercări se oprește și face comentarii în timpul cititului, de tipul „așa”, „am pierdut rândul”, „aici nu înțeleg cuvântul”.

În ceea ce privește scrierea elevei, se pot identifica 21 de semne grafice inexistente în alfabetul Braille românesc. Dintre celelalte dificultăți, la dictarea dată, care a făcut în total 56 de greșeli, din care menționăm: 1. substituirea vocalelor: u/o, i/e; 2. substituirea vocală/ consoană: n/x, t/n, d/c, n/l, v/r, s/x; 5. omisiuni ale

• consoanelor; contopiri de cuvinte și, în fine, 7. repetări de silabe (mai ales inițiale).

P. Anton, anul V, în vârstă de 20 de ani, cu diagnosticul de atrofie optică. A făcut patru clase în școala de masă, dar a întrerupt după accentuarea deficienței, când, de fapt, a survenit orbirea. La venirea în școala specială, a manifestat dificultăți de adaptare, însoțite și de un pronunțat negativism, ceea ce a determinat și unele tulburări comportamentale. Treptat, a început să se împace cu noua sa situație și s-a integrat bine în colectiv.

La efectuarea probelor de scris-citit, prezenta un prag diferențial al sensibilității tactile de 2 mm.

La citire, elevul realizează viteze mici (în primul minut, citește 17 cuvinte, în al doilea, 24 de cuvinte, în al treilea, 9, iar în al patrulea, 25 de cuvinte), cu omisiuni, înlocuiri de cuvinte cu altele cu sens îndepărtat sau cu grupuri de cuvinte fără sens, rezultate din tendința de ghicire (personificare pentru personaj, insisterile pentru insistențele, între pentru intervenind). Câteodată, sare unele rânduri și nu respectă punctuația. Nu reușește să citească cu intonație și nu respectă accentul. Scrierea elevului este mai grav afectată decât citirea, având 120 de greșeli la un text de circa 160 de cuvinte. Predomină alterarea vocalismului (70 de greșeli), prin substituirea vocalelor (e/i, e/ă, u/o care apar rar) și mai ales prin diftongarea vocalei e (care se transformă în ie) în interiorul sau la finele cuvântului (acest tip de greșală apare de 43 de ori). Citirea și vorbirea elevului nu înregistrează acest tip de greșală, care altfel nu ar fi putut fi explicat decât prin influența pronunției dialectale sau neîngrijite (scrie, de exemplu, miezinul, aștepta, miers, binie, pentru mezinul, aștepta, mers, bine etc.). Frecvent, manifestă fenomenul de omisiune vocalică (ă final, a interior, i final, ă interior, a final, i interior și mai ales, î interior). Apar, de asemenea, substituirii de consoane (r/l, v/f, d/g, t/q), omisiunea consoanelor finale sau interioare, contopirea cuvintelor separate (de 13 ori), omisiunea silabelor, folosirea nejustificată a semnului mirării în interiorul propoziției etc.

Tulburările citit-scrisului (în Braille), specifice deficiențelor de vedere, nu pot fi simplificate prin explicarea lor ca urmare a neconsolidării deprinderilor lexico-grafice, căci altfel ar fi trebuit să se manifeste la toți elevii, sau măcar la marea majoritate. În aceeași ordine de idei, explicarea nu poate fi redusă la necunoașterea regulilor de ortografie, de gramatică, de ortoepie, fără să mai vorbim de legile fonetice specifice limbii române. *Analizând particularitățile citit-*

scrisului, ni se pare deosebit de plauzibil că, în principal, tulburările scrisului sunt cauzate de formele asemănătoare ale grafemelor, iar cele ale cititului, de proprietățile relativ limitate ale sensibilității tactil-kinestezice care nu reușește, în toate cazurile, să realizeze o diferențiere atât de fină încât să înlăture orice posibilitate de confuzie între poziția punctelor, cât și de forma de ansamblu a semnului ce semnifică o anumită literă. Dacă avem în vedere că aceste caracteristici de structură și organizare spațială pot fi influențate negativ și de alți factori (dispoziția subiectului, calitatea hârtiei, nivelul de însușire a citit-scrisului etc) ori de prezența și a altor cauze, care, nemijlocit, pot determina dislexo-disgrafia, ne dăm seama că fenomenele respective au o determinare și o etiologie complexă. O serie de greșeli de tip disgrafic și, respectiv, dislexic rezultă chiar din caracteristicile sistemului Braille, ca urmare a adăugirii, omisiunii și plasării greșite a punctelor la scris, ceea ce imprimă, automat, și citirea lor deficitară.

Adăugarea de puncte duce la substituirea grafemelor din aceeași decadă sau la substituirea din decada primară de către decadele derivate, precum și la substituirea grafemelor din decadele derivate între ele. Astfel, prin adăugarea unui punct, în interiorul decadei I, a devine b; este vorba de adăugarea punctului doi; a devine c, prin adăugarea punctului patru; b devine h, prin adăugarea punctului cinci etc. În sfârșit, la nivelul decadei a IV-a ă devine ș, prin adăugarea punctului cinci. Adăugarea unui punct duce la substituirea grafemelor din decada primară de către grafemele din toate decadele derivate: substituirea grafemelor primare de către grafeme din decada a doua: a plus punctul trei devine k; adăugarea a două puncte (fenomen mai rar) substituie pe c prin x sau e, prin adăugarea a două puncte, devine z (x și z fiind grafeme din decada a treia); adăugarea unui punct produce substituirea grafemului primar de grafeme din ultima decadă: e plus punctul șase devine ș; a plus punctul șase devine ă; i plus punctul șase devine ț; j plus punctul șase devine w. Grafemele din decada a doua sunt substituite de grafeme din decada a treia, prin adăugare de puncte: l plus punctul șase devine v; n plus punctul șase devine y; o plus punctul șase devine z. Grafemele din ultima decadă sunt substituite de grafeme din decada a treia, prin adăugare de puncte (sensul substituirii este, de astă dată, de la o decadă inferioară, către una superioară): ă plus punctul trei devine u; ș plus punctul trei devine z.

Omișiunea de puncte produce substituirea grafemelor din aceeași decadă între ele, sau a grafemelor din decade diferite. La

nivelul decadei primare, **h** minus punctul cinci duce la substituirea lui de către **b**; **e** minus punctul cinci duce la înlocuirea lui de către **a**. La nivelul decadei a II-a: **p** minus punctul unu se transformă în **s**; **o** devine **k**, prin omisiunea punctului doi. În decada a patra, **i** este transformat în **ă**, prin omiterea punctului patru.

Substituirile de grafeme din decade diferite, prin omisiunea de puncte au loc, în acest sens: de la decadele derivate spre decada primară sau între diferite decade derivate: omisiunea punctelor provoacă substituirea grafemelor din decada a II-a de către grafeme din decada primară : **r** minus punctul trei devine **h**; **s** minus punctul trei devine **i**; **p** minus punctul trei devine **f**. Prin omisiunea de puncte, grafemele din decada a treia pot fi substituite de grafemele din decada I. (**u** devine **ă**, prin omisiunea punctelor trei și șase; **u** devine **c**, prin omisiunea punctelor trei și șase; **z** devine **e**, prin omisiunea punctelor trei și șase) și de grafeme din decada a doua, prin omisiunea punctului șase (**z** este înlocuit de **o**; **v** este înlocuit de **l**) sau de grafeme din decada a patra, prin omisiunea punctului trei (**u** devine **ă** prin omisiunea punctului trei; la fel **x**, devine **î**). Grafemele decadei a patra sunt înlocuite de grafeme din decada primară, prin omisiunea punctului șase: **ă** devine **a** (prin omisiunea punctului șase), **i** este înlocuit de **c** (prin omisiunea punctului șase), iar **ș** devine **e** (prin omisiunea punctului șase). Plasarea greșită a punctelor substituie grafemele din aceeași decadă, între ele, sau grafeme din decade diferite între ele. La nivelul decadei primare, **c** este înlocuit de **e**, prin plasarea greșită a punctului patru; **f** este înlocuit de **h**, prin plasarea greșită a punctului patru; în decada a doua, **s** este înlocuit de **m**, prin plasarea greșită a punctului doi, iar plasarea greșită a punctului unu, duce la înlocuirea inversă. În interiorul decadei a treia, **v** devine **z**, prin plasarea punctului doi în locul punctului cinci. În decada a patra, **i** este înlocuit de **ș**, prin plasarea greșită a punctului patru, iar plasarea greșită a punctului cinci, duce la înlocuirea inversă. În ceea ce privește înlocuirea grafemelor din decade diferite, prin plasarea greșită a punctelor, aceasta se produce astfel: literele din decada primară sunt înlocuite cu cele din decada a doua: **f** devine **m**, prin plasarea punctului doi în locul punctului trei, iar plasarea greșită a punctului doi duce la înlocuirea inversă.

De asemenea, literele din decada primară sunt înlocuite în același mod de grafeme din decada a patra: **d** este înlocuit de **î**, prin plasarea greșită a punctului cinci, iar plasarea greșită a punctului patru, în locul punctului șase, duce la înlocuirea lui **d** de către **ș**.

Grafemele din decada a doua sunt înlocuite prin plasarea greșită a punctului de către grafeme din decadele întâi, a treia, a patra: s/f, m/f (substituentul este din decada primară); r/v (v este substituent din decada a treia); s/ț (substituentul este grafem din decada a patra). Grafemele din decada a treia sunt înlocuite, prin plasarea greșită a punctelor, de către grafeme din decadele a doua și a patra: u/o (o-substituent din decada a doua), u/â (â este substituent din decada a patra). Grafemele din decada a patra sunt substituite, prin plasarea greșită a punctelor, de către grafeme din decadele întâi și a doua: â/e (e este substituent din decada primară); ș/o (o este substituent din decada a doua).

În sistemul Braille, dificultățile cele mai frecvente și mai accentuate se produc în scris, unde au și o stabilitate persistentă. Deși atât pentru scris, cât și pentru citire, caracteristica principală a greșelilor este aceea a labilității, comparativ cu scrisul, dificultățile cititului au o labilitate mai mare. Aceasta rezultă și din faptul că la citit participă, cu precădere, simțul tactil, iar la scris, cel kinestezic – unde contactul cu foaia se face indirect, prin intermediul punctatorului și a plăcii de scris. Cu toate acestea, există o strânsă interacțiune între scrisul și cititul în Braille; formarea deprinderilor – deși îngreunate de faptul că cele două activități au un caracter opus de desfășurare, iar schema de realizare motorie a semnului în scris este diferită de imaginea sa tactilă în citire – implică un proces instructiv dirijat, în care succesul este în deplină concordanță cu dezvoltarea, la elevi, a unei motivații conștiente, corespunzătoare pentru învățatură. În general, dezvoltarea abilităților de citit-scris și evitarea fenomenelor specifice dislexo-disgrafiei se realizează prin educarea optimă pentru folosirea celor două mâini, astfel încât să se lărgască câmpul de percepere și asigurarea desfășurării fluxului continuu al procesului respectiv, prin trecerea facilă de la un rând la altul. Antrenamentul activ și eficacitatea sa sunt probate de îmbunătățirea randamentului și de sporirea vitezei de citit-scris.

2. *Specificul dislexo-disgrafiei în debilitatea mintală*

Studierea particularităților de limbaj în debilitatea mintală prezintă o importanță teoretică și practică deosebită. Teoretic, pentru că interdependența dintre gândire și limbaj poate fi pusă mai facil în

evidență la debilul mintal, iar evoluția structurilor de comunicare se raportează la normalitate, ceea ce duce la surprinderea specificității cu importanță majoră, în egală măsură, la normali și la debili. Practic, pentru că limbajul este una din funcțiile psihice ce se supune mai ușor influențelor educative și prin intermediul lui se poate potența întreaga dezvoltare psihică și de cunoaștere, cu condiția aplicării unor forme și procedee adecvate în procesul instructiv-educativ. După cum relevă J. Piaget, limbajul creează posibilitatea evocării unor situații care nu sunt actuale, și prin aceasta se ajunge la influențarea inteligenței, iar G. A. Miller insistă pe ideea de finalizare a gândirii în dependență și de acte simbolice. Dar nu trebuie omis nici faptul că deficiența de intelect, așa cum arată A. Busemann, poate împiedica învățarea vorbirii, în general, și în special, însușirea structurilor corecte ale limbajului, prin determinarea unor tulburări în raport de gravitatea acestora. Fenomenul are caracteristica de reversibilitate, în sensul că tulburările de limbaj influențează producția inteligenței. Aceasta are valabilitate atât la persoanele cu intelect normal, cât și la acelea la care este afectată funcția intelectului. Astfel, în unele cazuri grave, cum sunt cele ale pierderii semnelor limbajului, se creează un vid mintal ce poate fi comparat cu starea în care se găsește copilul înainte de dobândirea limbajului. Fenomenul, ca atare, este probat și în condițiile disfaziei – numai că posibilitățile recuperatorii depind foarte mult de vârsta și nivelul de cultură ale subiectului (și desigur și de metodologia logopedică aplicată).

Din cele spuse mai sus, se detașează o idee centrală, și anume a dependenței și relației dintre dezvoltarea intelectului și dezvoltarea limbajului. Este de la sine înțeles că, în general, dezvoltarea limbajului devine tributară evoluției intelectului. P. Oléron afirmă chiar că pentru a învăța să vorbești este necesar să fii dotat cu inteligență, în timp ce Delacroix spune că pentru a învăța comunicarea, trebuie să îndeplinești condiția înțelegerii. În aceeași ordine de idei, C. Păunescu și colaboratorii (1972) raportează toate tulburările de limbaj la un sindrom de dezintegrare generală psihică.

Așadar, în debilitatea mintală se poate vorbi despre un anumit specific al structurilor de limbaj și ca urmare, al tulburărilor sale. Pentru a evidenția aceste aspecte, subliniem mai întâi unele idei rezultate dintr-un experiment anterior (1983), realizat pe un număr de 60 de copii din școala specială, clasele a III-a, a V-a și a VII-a. Aceștia au fost supuși, individual, unui număr de patru probe, iar o serie de date au fost culese pe bază de observații în timpul vorbirii

copiilor la lecții sau în vorbirea spontană (liberă). Subiecții au fost solicitați să răspundă la proba asemănări și vocabular din WISC, apoi să realizeze o compunere după o temă liberă, având la dispoziție cât timp își doresc și în fine, să scrie în 10 minute cât mai multe cuvinte. Sarcina a fost formulată astfel și repetată până când a fost înțeleasă de fiecare subiect.

Timpu utilizat de fiecare copil, pentru realizarea compunerii, a fost notat, fără ca aceștia să știe. Subiecții au provenit din cele trei clase, în mod egal (câte 20 din fiecare clasă), luați la întâmplare (fără a fi selecționați anume).

Din analiza rezultatelor obținute, se constată că la proba de asemănări între performanțele realizate de copiii din cele trei clase sunt diferențe semnificative (vezi tabelul nr. 6). Diferențele sunt mai semnificative între subiecții din clasele a III-a și a V-a, în comparație cu diferențele dintre cei din clasele a V-a și a VII-a.

Ceea ce caracterizează răspunsurile date de copiii din clasa a III-a este faptul că ele exprimă esența asemănărilor dintre cuvinte-noțiuni. Sunt aleatorii răspunsurile care ar trebui să sesizeze esența asemănării dintre noțiuni, deoarece ele nu au un caracter de descriere a ceea ce este comun și nici măcar nu evidențiază caracteristicile principale. În multe cazuri, subiecții încep a răspunde nu prin afirmarea asemănărilor, așa cum este formulată sarcina, ci prin descrierea deosebirilor. Abia după ce li se atrage din nou atenția asupra sarcinii formulate, unii reușesc să descrie asemănările. Aceasta se datorează și fenomenului de perseverare verbală, caracteristică pentru structura incoerentă a limbajului. Prin simplificarea la maximum a limbajului, lipsa ierarhizării, după importanță, a ideilor sau a sublinierii unora și repetarea frecventă a celor spuse anterior, imprimă comunicării un sens aleatoriu. Particularitățile respective se mențin, în bună parte, și la copiii din clasele mai mari. Ele pot fi evitate prin folosirea unui model intuitiv, însoțit de explicația verbală ce determină o actualizare mai rapidă a situației și contribuie la înțelegerea semnificației situației și a simbolurilor cu care operează.

Se poate constata că elevii mari reușesc să înțeleagă mai bine sarcina, dar posibilitățile legate de sesizarea asemănărilor dintre noțiuni rămân reduse. Am constatat că atunci când sunt ajutați să dea primele răspunsuri corecte, ei se descurcă mai bine, deoarece se mențin în cadrul schemei date.

Frecvente sunt situațiile de transpunere rigidă a răspunsurilor într-o schemă sugerată de experimentator sau se păstrează chiar

schema folosită prima dată de subiect. Așadar, structura limbajului, la debilul mintal, se caracterizează prin imobilitate, rigiditate, atât pe linia exprimării, a articulării și a succesiunii cuvintelor în propoziții și fraze, cât și din punctul de vedere semantic și de structură a ideilor, ordinii și succesiunii lor.

La proba de vocabular, rezultatele obținute denotă o diferențiere sensibilă între copiii de vârste și clase diferite. Copiii din clasa a III-a obțin 198 de puncte, cei din clasa a V-a, 368 puncte, iar cei din clasa a VII-a, 563. Media realizată pe subiect este extrem de mică, dacă se are în vedere posibilitatea pe care o oferă proba de a obține un punctaj mult mai mare.

Aceste rezultate slabe sunt urmare a faptului că debilii mintal nu reușesc să definească noțiunea printr-un sinonim sau să descrie caracteristicile determinante pentru categoria generală căreia îi aparține cuvântul. Cele mai multe răspunsuri descriu vag sau exprimă o utilitate puțin precizată a obiectului sau a fenomenului respectiv. Pe măsură ce noțiunile devin mai greu de definit (spre sfârșitul probei), înțelegerea conceptuală devine tot mai dificilă. La multe nu se dă nici un fel de răspuns, iar la altele, răspunsurile sunt complet greșite. Desigur, că particularitățile descrise sunt mai pronunțate la copiii mici.

În proba de cuvinte, diferențe înalt semnificative apar între copiii din clasa a III-a (610) și cei din clasa a V-a (1290), în timp ce la ultimii și la cei din clasa a VII-a (1303), diferențele nu sunt pronunțate (vezi tabelul 6). Aceasta denotă că acumulările în structura limbajului la debil, în interdependență cu dezvoltarea gândirii, au un caracter mai pronunțat în clasele mici (la vârstele mici), după care urmează acumulări lente, cu diferențe mai mici între etapele succesive. De aici, concluzia că vocabularul copilului cu debilitate mintală se îmbogățește mai facil și mai rapid în primele clase, iar apoi, perioadele de achiziții de noi cuvinte sunt mai lungi.

În cazurile de deficiențe intelectuale grave, apar chiar perioade de stagnare. Aceasta exprimă, în ultimă instanță, potențele intelectuale ale acestor copii, gradul sau nivelul pe care îl pot atinge, sub raportul dezvoltării gândirii și a structurilor de limbaj. Pe de altă parte, se impune ca programa de învățământ și conținutul cunoștințelor să adopte nu o metodologie redusă și simplificată de la școala de masă, ci una proprie, specifică școlii speciale, care să ia în considerație aceste caracteristici.

Tabelul nr. 6

Clasa	Nr. subiecți	Nr. punctelor la proba asemănări	Nr. punctelor la proba de vocabular	Numărul cuvintelor la proba de cuvinte	Timp utilizat la proba de compunere	
					Total	Media
III	20	83	198	610	6h, 18min	18min.54s
V	20	126	368	1290	6h, 29min	19min.27s
VII	20	143	563	1303	6h, 21min	19min. 3s

În ceea ce privește conținutul conceptual al cuvintelor enunțate, ele se caracterizează printr-un înalt grad de concretizare și intuitivitate. Nediferențierea conținutului semantic al cuvintelor, la unii copii, sau lipsa activismului, a conștientizării celor exprimate, la alții, duce la scrierea unor cuvinte de două ori: o dată la singular și o dată la plural (creion, linie – creioane, linii). La clasa a treia, numai doi copii folosesc și unele cuvinte cu un caracter abstract mai accentuat. Doar 50% dintre aceștia enunță cuvintele în propoziții, deși sarcina a fost înțeleasă. Unii folosesc în exclusivitate nume proprii. La clasa a V-a, un singur copil redă cuvintele în propoziții, iar la a VII-a, nici unul. Numărul copiilor care folosesc și cuvinte abstracte, sau cu un grad mai înalt de generalizare, este mai mare și în special, la cei din clasa a VII-a, unde peste 50% le și utilizează.

Compunerile exprimă mai bine particularitățile structurale ale limbajului și comprehensiunea ideilor exprimate. Conținutul este foarte sărac și exprimat prin propoziții scurte și incoerente. Unele nici nu constituie compuneri, ci propoziții separate, fără nici o legătură între ele. La clasa a VII-a, nu se mai întâlnesc asemenea compoziții, dar persistă încă caracterul incoerent și sărac în conținut (fig. 36). Incoerența este urmare a inteligenței deficitare, dar și a imobilității structurilor verbale, fenomen analizat de C. Pufan, sau a folosirii șabloanelor în vorbire.

În alegerea subiectului, pentru compunere, se constată că predomină tema vacanței, iar în cazul altor subiecte se improvizează o narație cu multe elemente din poveștile învățate sau se reproduc întocmai cele însușite cu alte prilejuri. Aceasta dovedește inerția gândirii, persistența elementelor anterioare în activitatea prezentă a debilului. Narațiunea nu este cursivă, nu se urmărește un fir logic în

povestire, iar caracterul sărac în idei accentuează și mai mult structura rigidă a limbajului și existența unor expresii banale, stereotipe.

Copiere

Neatenția

A runat de intrare.

Copiii merg spre clase.

Angje -

Lup. numen la obiecte,
spieriat, s-a așezat în
banca. Acpii

îi erau îndreptăți către
usă. Qua tare neliniștit

neliniștită Parcă
și rînea să plîngă.

Decdată, intră în clasă

Fig. 36. Scrisul unui elev, în vîrstă de 16 ani, din școala specială (după șapte ani de școlarizare)

Unele lucrări poartă titlul „Vacanța de iarnă”, „Cum mi-am petrecut eu vacanța” etc. și au o încheiere menționată în text („și așa am petrecut vacanța”, „și cu asta închei mica mea compunere”). Alte lucrări poartă, ca desen, o fetiță cu o floare (clasa a III-a) și chiar încercări de a compune versuri (poiană și poieniță, mult mi-ești dragă și iubită – clasa a V-a).

Deși timpul acordat pentru compunere a fost nelimitat, copiii cu debilitate mintală utilizează, în medie, un timp foarte scurt, ceea ce denotă că posibilitățile de concentrare le sunt limitate, ca urmare a unui activism redus al vorbirii, semnalat și de M. Roșca, și a unui slab efort în mobilizarea capacității de verbalizare. Copiii debili nu elaborează, mai întâi, un plan de expunere, ideile sunt prezentate la întâmplare, fără legătură între ele, iar cuvintele și propozițiile nu sunt alese și nici nu exprimă, totdeauna, sensul adecvat al ideii.

Exprimarea ideilor este îngreunată și de prezența, la majoritatea copiilor, a tulburărilor de limbaj. La clasa a III-a, dislalia și unele forme de bâlbâială ușoară coexistă cu disgrafia, iar la clasa a V-a și, în special, la a VII-a, cazurile de dislalie și bâlbâială sunt puțin frecvente, dar se mențin în număr mare disgrafiile și dislexiile.

Deficiențele de vorbire la aceste categorii de subiecți, descrise de West, Kennedy și Carr poartă amprenta unei voci slabe, vorbire neinteligibilă, ca urmare a articulației deficitare și a deficiențelor gramaticale, sintactice și semantice, ritm, intensitate și timbru dezagreabile.

Fenomenele specifice dislexo-disgrafiei se mențin în proporție ridicată și spre clasele terminale. Multe din aceste caracteristici au particularitățile întâlnite în tulburările de grafism și de lexie la logopații cu intelect normal, dar apar și unele greșeli noi, pe fondul deficienței de intelect (fig. 36 a.). Dintre greșelile de tip disgrafic, pe care le-am putut surprinde în urma experimentului amintit mai sus, le menționăm pe acelea care au o anumită constanță. Astfel, cele mai frecvente sunt înlocuirile sau substituirile: $m \leftarrow n$, $u \leftrightarrow n$, $t \rightarrow t$, $b \leftrightarrow d$, $s \rightarrow \text{ș}$, $\text{ă} \leftarrow a$, $\text{ă} \rightarrow e$, $s \rightarrow z$, $b \rightarrow p$, $d \leftrightarrow t$, $b \rightarrow g$, $f \leftrightarrow v$, $ghe \rightarrow ge$, $chi \rightarrow ci$, $t \rightarrow p$, $l \rightarrow r$, $c \rightarrow g$, $i \leftrightarrow e$, $\text{ț} \leftrightarrow s$; omisiunile lui i , r , c , u , e , ă , l , t , p și în special a literelor finale, a diftongilor și triftongilor; adăugiri: i , e , n ; deformări de cuvinte: $ie\text{veion}$, $plimbac$ în loc de $plimbare$; contopiri sau fuziuni de cuvinte: $neducem$, $am\text{fo}\text{st}$, $numerge$ și în fine, multe greșeli de tip gramatical. Apar, de asemenea, o serie de neregularități dimensionale, ca, de pildă, nerespectarea mărimii proporționale a grafemelor, a intervalului dintre ele și, în general, a spațiului grafic.

agramatisme. Trebuie specificat că, datorită textului redus și simplificat, atât în citire, cât mai cu seamă în scriere, greșelile de tip gramatical nu au înregistrat o frecvență prea ridicată, deși ele se mențin dominante (fapt verificat cu altă ocazie noi).

Atât pentru proba de dictare, cât și pentru cea de compunere, am constatat că la debilul mintal cele mai des întâlnite sunt omisiunile de grafeme, care vizează sistemul vocalic, ceea ce ne determină să credem că aceasta se datorează importanței mai mici pe care o au vocalele în recunoașterea cuvântului (fig. 36 b.).

A venit

A venit o cară groasă cu zapala în
cu tip, o vorbă grădărită cu
o cară și alături copaci cu un
cât de un rădăcină și rădăcină
multă rădăcină rădăcină
Pea de o rădăcină rădăcină
rădăcină verde

Fig. 36 b. Scrisul unui elev din clasa a V-a, cu dublu handicap
(hipoacuzie și debilitate mintală)

Vocalele cel mai frecvent omise sunt: i, e, a, u. Se poate exemplifica prin semnalarea omiterii frecvente a lui i final și mai ales a lui i final semivocalic, când înaintea lui se află i vocalic, sau în cazul pluralului nearticulat ori articulat al substantivelor și adjectivelor masculine care-l au pe i vocalic înaintea lui i final. Situații asemănătoare apar la substantivele în cazul nominativ plural sau la cele în cazul genitiv ori omisiunea lui i după ș și ț.

În ceea ce privește sistemul consonantic, cele mai frecvente omisiuni se produc în cazul lui n, l, r, t. Eliminările lui n sunt mai des

întâlnite decât înlocuirile lui prin m – fapt mai evident la disgraficii cu înțeles normal. Și omiterea lui m, sensibilă în clasele mici (ciclul întâi), devine întâmplătoare pentru elevii din clasele terminale ale școlii speciale.

Un fenomen, de asemenea, specific pentru elevii cu debilitate mintală este acela al omiterii de silabe, atât la începutul cuvântului, cât și la sfârșit și în interiorul lui – ceea ce determină ciuntirea ori trunchierea cuvintelor. Când dificultățile de acest gen sunt accentuate, fenomenul este masiv prezent și în plan lexic. De cele mai multe ori, acestea se corelează cu fenomenul de suprimare a consoanelor și, în special, a grupurilor de consoane – fapt ce îl punem pe seama lipsei de agilitate motrică. Când suprimarea consoanelor este pronunțată, devine un indiciu al existenței fenomenului similar și la nivelul vocalelor, mergând până la devocalizarea cuvântului. Și acest fenomen este mai frecvent în deficiența de intelect – ceea ce ne face să afirmăm specificitatea sa în cazul dat.

Alte fenomene privesc omisiunile de cuvinte și mai cu seamă a celor de legătură, denotând, printre altele, o slabă centrare psihică pe operația efectuată. Dar devin pronunțate adăugirile de grafeme, în care caz sunt atinse, mai frecvent, vocalele i, e, a și consoanele n, t, r. Vocale i se adaugă des înaintea pronumelui eu (ieu) și înaintea vocalei e, în interiorul cuvintelor, iar e se adaugă înaintea lui a și după i, în timp ce vocala este prezentă mai des la începutul și la sfârșitul cuvântului. Adăugarea consoanelor poartă pecetea aleatorului, pentru că fenomenul se produce în situații extrem de variate. La baza explicației fenomenului de adăugiri poate sta inerția proceselor nervoase și a funcțiilor psihice care determină o inoperare la nivelul structurilor logice.

O frecvență ridicată o au înlocuirile de grafeme care sunt asemănătoare din punct de vedere spațial sau când se produce o confuzie perceptivă, ce are la bază lipsa de discriminare a vibrațiilor laringiene. Ca atare, are loc confuzia dintre consoanele de aceeași natură (p-b, f-v, c-d, d-t) sau a consoanelor sonore-surde, ca siflantele și șuierătoarele (s-ș, z-j). Dintre cele mai frecvente substituiri putem cita următoarele: ă-i, e-i, u-m, l-r, v-f, p-b, ș-ș, ge-ci, ci-gi, chi-ci, ghi-ghe, t-d, z-j etc. Datorită asemănărilor optice a unora dintre ele, fenomenul devine tipic și în citire, ceea ce duce la dislexie. Situația poate fi explicată prin simetria grafemelor, atât în plan vertical (d-b), orizontal (m-n), cât și în plan dublu (d-p).

O pondere relativ ridicată o au și inversiunile de grafeme din interiorul cuvântului – ceea ce pune în evidență deficiențe de analiză și sinteză, caracteristice pentru handicapul de intelect, dar și repetările de cuvinte, care se datorează particularităților de inerție și perseverare specifice structurilor mentale deficitare. Într-un anumit fel, reversul repetărilor de cuvinte este acela al înlocuirilor și mai ales al contopirilor de cuvinte.

Semnificativ este faptul că pentru orice tip de disgrafie sau dislexie se manifestă o incapacitate în învățarea și formarea deprinderilor adecvate pentru grafeme și litere; cifrele se învață mai ușor, dar rămân deficitare în ce privește forma lor și plasarea corectă în spațiul paginii. Ca atare, nu orice formă de dislexo-disgrafie implică și o afectare similară a cifrelor.

Agramatismele sunt evidente prin lipsa punctuației sau a unei punctuații neadecvate, despărțirea incorectă a unor cuvinte la capăt de rând, despărțirea unor cuvinte, care de obicei se scriu împreună, sau unirea unor cuvinte, care obișnuit se scriu despărțit; de asemenea, scrierea substantivelor comune cu literă mare în mijlocul propoziției, a celor proprii cu literă mică, fapt ce dovedește lipsa capacității de discriminare a schemelor gramaticale, de diferențiere între formele părților de vorbire.

Principalele categorii de greșeli, rezultate din experimentul nostru, au fost sintetizate astfel:

Omisiuni de grafeme

i	47,7	m	5,0	s	2,2
e	8,9	t	4,3	u	1,9
l	6,2	a	3,9	ă	1,7
r	5,6	c	2,8	î	0,6
n	5,4	o	2,5	f	0,2

Adăugiri de grafeme

i	40,7	n	5,5	i	3,0
e	21,1	l	5,0	t	2,7
o	17,6	r	4,6	c	2,3
a	13,4	s	3,1	m	1,5
ă	7,2	p	3,0	f	1,1

Înlocuiri de grafeme

l-i	11,5	l-e	2,5	n-r	1,8	c-t	0,9
ă-e	10,5	e-o	2,5	p-b	1,8	e-t	0,9
e-i	8,8	che-chi	2,5	s-o	1,8	n-b	0,9
ge-ce	6,9	chi-ce	2,5	o-u	1,7	r-o	0,9
f-v	6,3	n-m	2,3	ă-i	1,7	s-ș	0,9
v-f	5,6	chi-ci	2,2	g-d	1,6	t-p	0,9
m-n	5,1	r-n	2,2	ă-v	1,5	t-f	0,9
r-l	4,3	î-u	2,1	ce-gi	1,5	t-ș	0,9
ș-s	4,1	ce-ci	2,1	e-a	1,5	b-p	0,9
u-o	4,1	b-m	2,0	ghe-che	1,5	î-ă	0,8
z-v	3,8	g-c	2,0	l-f	1,5	l-n	0,8
e-ă	3,4	ce-ți	2,0	s-t	1,5	n-v	0,8
j-s	3,3	î-i	2,0	s-z	1,5	p-v	0,8
d-t	3,1	p-c	2,0	s-e	1,5	ă-u	0,4
ț-t	3,1	p-m	2,0	ă-a	1,3	a-o	0,4
t-c	3,0	z-d	2,0	p-t	1,3	d-a	0,4
ă-î	2,9	f-p	1,9	a-i	0,9	j-z	0,4
t-d	2,9	i-e	1,9	b-t	0,9	t-s	0,4
l-r	2,7	f-b	1,8	b-d	0,9	j-z	0,4
z-s	2,6	g-v	1,8	c-s	0,9	x-s	0,4

Greșeli de scris	IV	V	VI	VII	VII
Omisiuni de silabe	1,7	1,0	1,2	2,1	2,3
Înlocuiri de cuvinte	0,4	0,2	3,8	2,1	-
Omisiuni de cuvinte	1,2	0,6	-	-	-
Inversiuni de cuvinte	1,9	1,4	1,0	2,1	0,5
Repetări de cuvinte	2,4	0,6	0,5	2,1	1,4
Contopiri de cuvinte	0,9	-	0,5	-	-
Agramatisme	16,3	26,5	31,2	33,2	34,4

Interesant de semnalat este și faptul că au apărut câteva lucrări în care disgrafia se prezintă atât de accentuat, încât cele scrise devin ilizibile și nu pot fi descifrate. Acest fapt evidențiază gravitatea tulburării de scris, pe de o parte, și gravitatea deficienței de intelect, pe de alta. Se pot evidenția și unele fenomene ce țin de forma și de

estetica grafică. Astfel, persistă (după automatizarea scrisului) rigiditatea, dezordinea, lipsa de estetică a transcrierii grafice. S-au putut constata diverse aspecte grafice ale scrisului, de la o scriere foarte mică, ascuțită, greu de descifrat, la una exagerat de mare, depășind șirurile de rânduri. Lipsa de proporție apare cu cea mai mare frecvență. Un caz aparte îl constituie apariția unei scrieri suprapuse a rândurilor, ajungându-se la o comprimare a distanțelor dintre rânduri. Specifică este dilatarea cuvintelor sau a literelor de la început, terminându-se cu o restrângere și diminuare a dimensiunilor - spre sfârșitul propoziției sau frazei.

Nota caracteristică în scrisul deficientului de intelect cu tulburări grafice este dominată de un scris inegal, dezordonat, împrăștiat, scrierea apărând uneori ruptă, determinată de dificultăți în legarea grafemelor între ele, sau prin exagerata dilatare, pe orizontală, a grafemului sau bastonașele la literele t, p, l, d, fiind micro- sau macro-dimensionate.

Toate aceste fenomene dovedesc, printre altele, relația strânsă ce se stabilește între dezvoltarea limbajului și evoluția psihică. Corectitudinea și bogăția limbajului citit-scris denotă valoarea și rolul pe care îl are acesta în structura vieții psihice și în reglarea actelor comportamentale. Aceasta cu atât mai mult cu cât importanța limbajului se poate aprecia și după nenumăratele mesaje ce pot fi construite pe baza multitudinii de combinații în forme diversificate. Desigur, în acest caz capacitatea de analiză și sinteză creează condiții pentru extinderea comportamentului verbal la situații variate. Dat fiind faptul că încărcătura afectivă este deosebit de pregnantă la deficienții de intelect cu dislexie-disgrafie, conținutul cognitiv este redus la elementele afectiv-emoționale, care sunt exprimate direct sau transpar din context. Prin aceasta, scade și mai mult precizia în exprimarea ideilor, ajungând la manifestarea confuză a conținutului gândirii.

Se poate remarca, în unele cazuri, și o dispoziție spațială inedită a propozițiilor și frazelor în pagină (ca cea de triunghi dreptunghic). Referindu-se la acest aspect, Critchley sublinia apariția scrisului diform și dublarea grafemelor ca urmare a deficitelor de percepție și motricitate, incriminate ca tulburări disgrafice, și de S. Borel Maissonny sau a tulburărilor spațio-temporale, citate de Anne Marie Fichot. De asemenea, exprimările unor fragmente de idei sunt lacunare, fără un fir logic, propozițiile nefiind limitate, ci prezentate ca o înșiruire de evenimente dispersate. Acest lucru se explică prin tendința copilului cu deficiențe de intelect de a adăuna și nu de a

schematiza. Apar cunoscutele formule stereotipe din cauza imobilității structurii verbale (începerea fiecărei propoziții cu „și am văzut”, sau „și am fost”), fenomen caracteristic șablonismului și stereotipiei specifice deficientului de intelect.

Încercarea de a surprinde înțelegerea structurii, poziției literelor, relațiilor dintre ele, necesare însușirii limbajului scris, precum și frecvența reprezentării numerelor și a unor desene simple, solicitând, din parte subiecților, o activitate de analiză și sinteză, ne-a dus la următoarele concluzii:

Majoritatea subiecților reușesc, de cele mai multe ori, să identifice grafemul simulat pe sticlă (cuvinte mono- sau bisilabice), dar dificultatea cea mai mare intervine la sinteza cuvântului pentru a fi redat în formă verbală. În alte cazuri, se recunosc grafemele dispersate, altele fiind confundate. Astfel, în loc de grafemul a este recunoscut diftongul ci. Aceasta se datorează faptului că executarea conturului, prin trasarea grafemului, se efectuează prin două ridicări de creion, ceea ce se întâmplă, în ultimă instanță, și în scrierea lui ci (exceptând punctul pe i). Pentru grafemul h, recunoaște pe f; în acest caz, confuziile se pot datora, probabil, asemănărilor formale. În alt caz, h este semnalat ca z, iar alte înlocuiri sunt de genul: în loc de n semnalează m. Acest fenomen de înlocuire a lui m cu n s-a produs în proporție de 5,2 %. În alt caz, se semnalează înlocuirea lui v cu b. Asemenea înlocuiri se produc, deseori, în vorbirea orală a copiilor dislalici (mai cu seamă în dislalia de tip fiziologic a copiilor ante- și preșcolari mici).

Această probă confirmă faptul că la subiecții cu deficiențe de intelect, care prezintă tulburări de scris în planul reprezentărilor grafice, pentru litere, apare o capacitate foarte scăzută de sinteză, de cele mai multe ori inexistentă, persistând doar capacitatea de analiză. În proba la care subiecții au trebuit să recunoască cifre, s-a observat că ei puteau denumi fiecare cifră separat, dar nu reușeau să sintetizeze numărul într-un întreg (s-au folosit numere formate din trei cifre). Și în acest caz, se observă imposibilitatea de a trece de la faza de analiză la cea de sinteză, reprezentarea numerelor, ca întreg, suferind încă grave tulburări.

La proba în care subiecților le-a fost prezentat un set de desene, ei nu au întâmpinat dificultăți deosebite, rareori existând confuzii cu alte reprezentări; aceasta ca urmare, probabil, a lipsei de concentrare în deslușirea desenelor simulate. Acest proces facil de recunoaștere a desenelor se poate explica prin faptul că schemele

perceptive, pentru figurile care desemnează obiecte concrete, se formează mai de timpuriu (în perioada preșcolară), un rol important jucându-l chiar mânuirea obiectelor față de alte situații în care schemele mai abstracte se formează mai târziu, fapt în care însuși procesul de abstractizare solicită o educație a gândirii.

Dificultatea de a sintetiza și a reda verbal cuvântul sau cifra simulate se poate transfera, în plan grafic, prin condensări și inversiuni de grafeme, tocmai pentru că nu există o schemă integratoare care să poată fi descompusă.

Pentru o înțelegere cât mai analitică a fenomenelor dislexo-disgrafice, în literatura de specialitate s-au conturat trei modalități de abordare, cu tendința de a lua în considerație, în egală măsură, aspectele simptomatologice și cele etiologice. Astfel, întregul domeniu al tulburărilor citit-scrisului este redus la o abordare psihopedagogică, cu implicații în elemente de lingvistică, neurologie și în ortografie-lingvistică. Demersul respectiv prezintă avantaje, dar și dezavantaje. Avantaje, pentru că permite o analiză amănunțită a tuturor aspectelor ce intervin într-un complex problematic, și dezavantaje, pentru că tulburările citit-scrisului se prezintă ca un tot unitar ce nu pot fi desprinse de structura psihică a personalității logopatului.

Privite de pe pozițiile psihopedagogice, tulburările citit-scrisului sunt un efect al dificultăților în achiziția și dezvoltarea abilităților, fapt care determină, în principal, omisiuni, inversiuni, substituirii, confuzii, contopiri, adăugiri etc. de grafeme, litere, silabe și cuvinte. Aceste fenomene pun în evidență așa-numita dislexo-disgrafie de evoluție, la care ne-am mai referit în paginile anterioare. Din punct de vedere neurologic, laturile activității implicate în citit-scris sunt afectate, ca urmare a tulburărilor motricității și a slabei coordonări a mișcărilor. Componentele cele mai afectate, în acest caz, privesc trasarea conturilor grafemelor, proasta lor plasare în pagină, viteza redusă în citit-scris, nerespectarea spațiului paginii, sărirea rândurilor la citit sau la recitirea rândului parcurs, suprapunerea rândurilor în scris etc. Din aceste caracteristici rezidă și denumirea de dislexo-disgrafie motrică. În fine, dificultățile lingvistice și de învățare a ortografiei ori pierderea acestor capacități cuprind întreaga gamă a elementelor implicate în respectarea regulilor specifice, din punct de vedere lingvistic și ortografic.

Toate aceste caracteristici, și tulburările consecutive lor, privesc nu numai pe deficientul de intelect, dar și pe cel afectat

psihoneurologic și pe cel cu intelect normal. Aceasta cu atât mai mult cu cât avem în vedere că dislexo-disgrafia nu se referă numai la incapacitatea de a învăța citit-scrisul, dar și la pierderea sau tulburarea deprinderilor respective ori la stagnarea sau deteriorarea capacității de dezvoltare a activităților implicate. De aici și asemănările dintre manifestările dislexo-disgrafiei, la diferitele categorii de indivizi, dar și specificitatea acestora. Pe de altă parte, structurile neurofiziologice și cele psihologice accentuează și mai mult specificul tulburărilor citit-scrisului.

Din moment ce concepem actul citit-scrisului ca un rezultat al coordonării corticale superioare și ca o sinteză la nivelul sistemelor motrice, în care sunt implicate recepțiile auditive, vizuale și motrice, de la început trebuie subliniat că în deficiența de intelect desfășurarea unor atare activități se realizează deficitar - ceea ce imprimă și procesului de însușire lexo-grafică un curs anormal. Dificultățile pentru citire încep o dată cu recunoașterea literei și a sunetului corespunzător, iar pentru scriere, greutățile rezultă chiar din caracteristica deficitară a reproducerii. La debilul mintal, imaginea cuvântului nu se prezintă totdeauna ca unitate a interacțiunii imaginilor acustice, optice și kinestezice - ceea ce face dificilă cuprinderea sintetică a cuvântului la citire sau redarea unitar-dinamică și nu disparată, în scriere. Ca urmare, procesul citit-scrisului se prezintă, la debilul mintal, ca fiind scindat în elementele sale componente și se creează impresia unei desfășurări succesiv-consecutive, din care lipsesc elementele de simultaneitate ce dau unitate întregului proces.

Spre deosebire de normal, la deficientul de intelect și în special la cel accentuat, cum este cel cu deficiență severă, se manifestă relativ frecvent scrisul, și mai rar cititul, ca în oglindă, ca urmare a afecțiunilor zonei corticale implicată în procesul vederii. Hvatțev este de părere că scrierea și citirea în oglindă se datorează leziunii emisferei drepte - ceea ce face ca trasarea grafemelor și citirea literelor, a cuvintelor, să se producă de la dreapta la stânga sau ca o reflectarea în oglindă. Pentru disgraficul care scrie ca în oglindă, devine dificilă citirea propriei sale scrieri și adeseori nu o poate deosebi de cea normală.

La dislexicii și disgraficii care citesc și scriu ca în oglindă se mențin aceste caracteristici un timp și după perioada necesară însușirii citit-scrisului. Fenomenul de scriere și de citire ca în oglindă este mai accentuat la debilii mintal care au suferit o meningo-encefalită sau

sunt stângaci și au fost deprinși să folosească mâna dreaptă pentru scriere.

Tot ca urmare a unor leziuni cerebrale sau a insuficientelor dezvoltări ale sistemelor cerebrale – ceea ce duce, din punct de vedere psihic, la debilitatea mintală – pot apărea fenomene grave ale tulburărilor scris-cititului ce depășesc sfera propriu-zisă a dislexo-disgrafiei. Acestea includ alexia și agrafia, la care se asociază, frecvent, și alte tulburări, cum sunt cele apraxice, disartrice, de voce etc. În cazurile de alexie și agrafie, incapacitatea logopatului este atât de accentuată încât în cele mai fericite situații subiecții respectivi pot copia unele semne, mai cu seamă cifre și pot silabisii literele care le sunt mai bine cunoscute, dar sunt cu totul incapabili să scrie sau să citească spontan sau după dictare. Dacă la persoanele normale, care și-au pierdut capacitatea lexico-grafică, fenomenele de alexie-agrafie fac parte dintr-un complex de tulburări, cum sunt cele de tip afazic, apraxic, agnozic, disartric etc, în deficiența de intelect asemenea fenomene (ca de altfel tulburările limbajului în general) devin manifestări centrale, în jurul cărora gravitează tot complexul de deficiențe specifice. Din punct de vedere simptomatologic, în alexie și în agrafie sunt prezente aceleași elemente, cu notele dominante ce au fost evidențiate în dislexie și disgrafie, numai că ele sunt mult mai pregnante și cu un evantai mai larg.

Din cauza dificultăților de analiză conștientă a elementelor fonetice ale vorbirii și a neputinței de a-și reprezenta formele componente abstracte, ce compun cuvintele, debilul mintal are dificultăți evidente în înțelegerea sensului celor citite și în transpunerea coerentă a ideilor în scris. La acestea, se adaugă dificultățile majore, rezultate din structurile mintale neevolute, ceea ce face ca activitatea de însușire și deprindere a citit-scrisului să înregistreze note dominante de stereotipie, rigiditate, șablonism și o reală lipsă de activism prin care să fie antrenate structurile psihice implicate într-un proces atât de complex. Aceasta cu atât mai mult cu cât trebuie avut în vedere că însușirea citit-scrisului este o activitate prin excelență intelectuală, iar deprinderile consecutive acesteia se realizează prin interiorizarea acțiunilor premergătoare și prin existența motivației corespunzătoare, care să ducă la antrenarea intensă în desfășurarea activității, a proceselor cognitive superioare.

Din cele spuse până acum, rezultă că tulburările limbajului citit-scris au o frecvență mai mare la copiii cu debilitate mintală, comparativ cu cei normali, iar manifestările sunt mai variate și

îmbracă forme accentuate, persistente și cu un înalt grad de dificultate. Deșigur, învățarea citit-scrisului este îngreunată de deficiența de intelect, dar tulburările lexic-grafice nu sunt determinate cu necesitate de aceasta, întrucât la majoritatea logopaților ele se manifestă pe fondul altor tulburări, cum sunt cele ale percepției, gândirii, atenției, memoriei, de orientare și organizare spațială, de lateralitate, ale motricității, ale văzului și auzului etc. Aceste fenomene determină adăugarea unor noi elemente, care sporesc caracterul ilizibil al scrierii și îngreunează înțelegerea sensului celor citite. Retușurile, ezităările, opririle, întreruperile, lipsa ritmicității, proasta organizare a spațiului paginii, dimensionarea neregulată a grafemelor, nerespectarea direcției sunt numai câteva aspecte ce accentuează și dau o notă specifică tulburărilor citit-scrisului în debilitatea mintală.

La debilul mintal, învățarea citit-scrisului, dezvoltarea funcției semiotice și însușirea mijloacelor de operare cu simboluri comportă cele mai mari dificultăți, din cauza inerției patologice. Inerția patologică produce disocieri la nivelul legăturilor temporale, în general, dar ea are consecințe negative în activitatea de învățare, mai cu seamă că aceste disocieri acționează la nivelul verbal și al gândirii și își pune amprenta în orice formă de comunicare cu mediul înconjurător, în orice situație semiotică. Dacă avem în vedere și alte particularități specifice ale debilității mintale, cum sunt cele care se referă la zona proximei dezvoltări (L.S.Vîgotski), la heteroeronia dezvoltării (R. Zazzo) și a vâscozității genetice (B.Inhelder) putem înțelege relația dintre învățare, în general, și a citit-scrisului, în special, și dezvoltare, în cadrul activităților parcurse de deficientul de intelect.

Analizând dinamica dificultăților pe care le au copiii în citire, Vernon (1962) le raportează la o serie de factori psihologici, educativi-culturali și neuro-genetici. Astfel, autoarea ajunge la concluzia că subiecții care citesc (și scriu) cu dificultate se pot grupa în trei categorii: cei care sunt privați pe linie culturală și dispun de o educație insuficientă sau de o educație greșită, cei cu tulburări afectiv-emoționale și cei la care se manifestă o incapacitate specifică. Ținând seama că la debilii mintal există și o serie de deficiențe ale văzului, auzului, de motricitate, de psihomotricitate și afecțiuni ale cortexului, simptomele tulburărilor citit-scrisului se asociază cu acestea și ele accentuează incapacitatea comportamentului lexicografic.

Din cauza dislexo-disgrafiei de tip acustic și optic, la debilul mintal apar dificultăți în discriminarea sunet-literă și în distingerea

imaginii grafice a simbolului – ceea ce duce la repetate confuzii bazate pe asemănări acustice (p-b, t-d, f-v, s-z, ș-j, ce-ci) și optice (m-n, d-b, d-p).

Credem că pentru o înțelegere mai profundă a modului cum este structurată activitatea de învățare, în general, și a citit-scrisului, în special, la deficienții de intelect, este necesar să o raportăm la tipurile de adaptare care exprimă, în ultimă instanță, forme comportamentale ce sunt definitorii pentru personalitatea individului. În adaptare sunt înglobate aspecte ce pornesc de la cele mai simple acte, gesturi (care sunt implicate și în citit-scris) și se finalizează cu cele mai complexe cuprinderi ale înțelegerii sensului și semnificației (atât de necesare și în însușirea deprinderilor de citit-scris). Dar adaptarea presupune și asimilarea pentru că experiența individului este reactualizată și integrată, pe cât posibil, la un nivel superior, în noile acțiuni și comportamente. Acestea au note de originalitate și creativitate în măsura în care se realizează un salt calitativ față de cele anterioare. Astfel, se ajunge la noi achiziții și deprinderi, ce sporesc eficiența activității.

Formele de adaptare ale debilului mintal exprimă capacitatea dezvoltării psihice și posibilitățile de integrare socio-profesionale. Dat fiind faptul că experiența de viață este săracă, că posibilitățile de achiziție și de prelucrare a informației sunt reduse, iar conștiința nu îndeplinește decât, parțial, funcția de organizator al activității psihice, la deficientul mintal formarea și dezvoltarea deprinderilor de citit-scris parcurg un drum anevoios, cu numeroase oscilații și întoarceri la stadiile inițiale, în care motivația nu devine suport al comportamentelor adaptative la situațiile noi. De aici și o serie de dificultăți lexico-grafice care conduc la comportamente neadaptate și la eșecuri școlare repetate.

În acest context, educația este chemată să înlăture dezechilibrul dintre organism și mediul înconjurător și să realizeze o reechilibrare a sistemului tulburat. Acțiunea depinde de modul cum este organizat sistemul educațional și adaptat la posibilitățile de receptare ale subiectului. „Astfel, în anumite situații, afirmă Al. Sen, subiectul nu poate recepta, inițial, demersul educațional în accepția sa curentă, datorită unei insuficiente dezvoltări intelectuale sau ale unor agresiuni care îngustează capacitatea sa de înțelegere și reacție și, ca atare, îl plasează în afara unei relații educaționale conștientizate, îi

face inaccesibilă înțelegerea obiectivelor succesive și a finalității procesului educațional și reduce capacitatea de învățare, impune simplificarea programelor și regiunilor la nivelul unor proceduri elementare. În acest caz, demersul educațional, în accepțiunea sa generală, își vede limitată acțiunea de echilibrare, datorită dezechilibrului organic și funcțional preexistent, ca în cazul oligofreniilor, sindroamelor post-traumatice, encefalopatiilor, cerebrasteniei" (1978, pag. 70).

Desigur, în acest proces cu dublă semnificație, pe de o parte formativ, iar pe de alta integrativ în structurile socio-profesionale, rolul educatorului se măsoară în raport de eficiența sistemului aplicat și de rezultatele obținute.

3. *Specificul dislexo-disgrafiei în bolile psihice*

Tulburările citit-scrisului sunt extrem de variate atât ca formă, cât și ca profunzime și conținut în bolile psihice, deoarece acestea au o extensie și o manieră de desfășurare pe o arie foarte largă și labilă. Fiind raportate la personalitatea bolnavului ca ecran de referință, tulburările lexo-grafice poartă amprenta nu numai a personalității dezintegrate, dar și a caracterului specific bolii psihice (fig. 37). Dată fiind întinderea tulburărilor psihice și gravitatea acestora, de la domeniul psihopatologiei marginale până la psihopatologia propriu-zisă, tulburarea citit-scrisului depășește, de cele mai multe ori, fenomenele dislexo-disgrafice, îmbrăcând forme mult mai grave (caracteristice agrafiei și alexiei) sau se încadrează într-o categorie specifică care poartă amprenta bizarității.

În același timp, în analiza oricăror tulburări ale citit-scrisului, trebuie luat în considerare și parametrul înțelegerii semnificației și a surprinderii sensului celor scrise sau citite. Cum – de obicei – în psihopatii individul poate deveni conștient de dificultățile sale în citit-scris, în psihoze el pierde controlul și conștiința propriei sale activități – ceea ce îi imprimă un curs aleatoriu, cu note dominante de desprindere de realitate sau de sarcina propusă (fig. 38).

face inaccesibilă înțelegerea obiectivelor succesive și a finalității procesului educațional și reduce capacitatea de învățare, impune simplificarea programelor și regiunilor la nivelul unor proceduri elementare. În acest caz, demersul educațional, în accepțiunea sa generală, își vede limitată acțiunea de echilibrare, datorită dezechilibrului organic și funcțional preexistent, ca în cazul oligofreniilor, sindroamelor post-traumatice, encefalopatiilor, cerebrasteniei” (1978, pag. 70).

Desigur, în acest proces cu dublă semnificație, pe de o parte formativ, iar pe de alta integrativ în structurile socio-profesionale, rolul educatorului se măsoară în raport de eficiența sistemului aplicat și de rezultatele obținute.

3. *Specificul dislexo-disgrafiei în bolile psihice*

Tulburările citit-scrisului sunt extrem de variate atât ca formă, cât și ca profunzime și conținut în bolile psihice, deoarece acestea au o extensie și o manieră de desfășurare pe o arie foarte largă și lăbilă. Fiind raportate la personalitatea bolnavului ca ecran de referință, tulburările lexo-grafice poartă amprenta nu numai a personalității dezintegrate, dar și a caracterului specific bolii psihice (fig. 37). Dată fiind întinderea tulburărilor psihice și gravitatea acestora, de la domeniul psihopatologiei marginale până la psihopatologia propriu-zisă, tulburarea citit-scrisului depășește, de cele mai multe ori, fenomenele dislexo-disgrafice, îmbrăcând forme mult mai grave (caracteristice agrafiei și alexiei) sau se încadrează într-o categorie specifică care poartă amprenta bizarității.

În același timp, în analiza oricăror tulburări ale citit-scrisului, trebuie luat în considerare și parametrul înțelegerii semnificației și a surprinderii sensului celor scrise sau citite. Cum – de obicei – în psihopatii individul poate deveni conștient de dificultățile sale în citit-scris, în psihoze el pierde controlul și conștiința propriei sale activități – ceea ce îi imprimă un curs aleatoriu, cu note dominante de desprindere de realitate sau de sarcina propusă (fig. 38).

Ca atare, devine necesar a lua în considerație nu numai situația de expresie a citit-scrisului, dar și cea de impresie, de recepție și de raportare a comportamentului general la componentele și conduitele lexico-grafice.

În general, tulburările psihogenetice sunt de natură funcțională, prin natura lor, și au o răspândire mai mare la copiii care manifestă forme incipiente pe versantul psihopatologiei, cum ar fi instabilitatea neurologică sau fiziologică. Simpla prezență a unor trăsături psihonevrotice determină modificări în comportamentul lexico-grafic, mai cu seamă că acestea sunt însoțite de o serie de însemne particulare, cum sunt slăbirea voinței, activismul redus, creșterea sugestibilității, accentuarea spasmelor și ticurilor, aversiunea pentru mișcări etc., care au importanță în evoluția corectă a deprinderilor de citit-scris. Pentru activitatea de citit-scris, prezența spasmelor, ticurilor, manierismelor este foarte dăunătoare, deoarece acestea nu permit instalarea unor acțiuni lineare și cursive, ci dimpotrivă, determină întreruperi, oscilații, lipsă de sincronizare etc. Ca mișcări involuntare, aceste fenomene, indiferent că sunt de natură organică (spasmele coreice) sau psihogene (expresii facile, manierismele ostentative) dereglează, din punct de vedere funcțional, mecanismul de coordonare și echilibrare implicat în actele complexe ale citit-scrisului (fig. 39).

Ținând seama de complexitatea tulburărilor de citit-scris la bolnavii psihici, datele din literatura de specialitate (medicală psihologică, pedagogică) diferă de la un autor la altul. De cele mai multe ori, aceste tulburări lexico-grafice au fost legate nemijlocit de personalitatea bolnavului și considerate ca forme de expresie și de proiectare a conținutului activității, cu toate modificările din structura sferei psihice aflată în stare critică. În mod deosebit, a fost studiat limbajul scris al bolnavilor psihici, deoarece acesta poate fi mai cuantificat și raportat la specificul deteriorării psihice.

V. Predescu și G. Ionescu apreciază că, în formele patologice, limbajul scris urmează caracteristicile tulburărilor limbajului oral, de unde rezultă că și acesta din urmă îmbracă o serie de caracteristici specifice, în situațiile de depersonalizare a individului, acestea fiind mai grave sau mai reduse în funcție de extinderea bolii psihice.

Fotografierea cu capul înclinat în aerea por-
 toa telefon de creșterea parafatilor. Într-o dată pe
 el el este ca de obicei înclina înclina de obicei pe
 cap. Adăuga: morfa de infatigabil și parafatilor
 unde cineva înclina de obicei o parafatilor
 personala și agita înclina agita.
 A 5 fotografierea infatigabil de obicei înclina
 care este batuta înclina de obicei înclina
 plin. A patra fotografierea infatigabil de obicei
 înclina de obicei înclina de obicei înclina
 A 5 fotografierea înclina de obicei înclina
 finol înclina de obicei înclina înclina
 A 6 fotografierea înclina de obicei înclina
 înclina de obicei înclina de obicei înclina
 înclina de obicei înclina de obicei înclina

Fig. 39. Scrisul unei femei în vârstă de 42 ani, cu diagnosticul de psihopatie
 paranoidă decompensată psihic

Ca atare, dislogiile, disfaziile și dislaliile se exprimă, în planul grafic,
 prin tulburări denumite psihografice, disgrafice și, respectiv,
 caligrafice. La rândul lor, tulburările psihografice se împart în:
 tulburări ale activității grafice, tulburări ale morfologiei și tulburări ale
 semanticii grafice (V. Predescu, 1974, pag 167). Sintetizând datele din
 literatura de specialitate, C. Enăchescu (1966, pag. 466), referindu-se
 la tulburările de scris, ca făcând parte din patologia neuropsihiatrică,
 le împarte în patru mari grupe:

1. Tulburări de scris, consecutive unor leziuni neurologice sau
 sechelelor acestora:
 - a) tulburările de scris din sindromul piramidal (plegii
 brahiale, hemiplegii drepte, boala Little etc);
 - b) tulburările de scris din sindromul extrapiramidal (boala
 Parkinson, coreea, parkinsonismul, atetoză,
 hemibalismul etc);
 - c) tulburările de scris din sindromul cerebelos.
2. Tulburări de scris, prin leziunea centrilor fazo-praxici:
 - a) tulburările de scris, din afazie;
 - b) tulburările de scris, din apraxie.

3. Tulburările de scris din sindroamele excitomotorii și din lalonevroze (modalități patologice adesea asociate):

- a) tulburări de scris din sindroamele excitomotorii (ticul, crampa scriitorului);
- b) tulburările de scris din lalonevroze (disgrafia dislalică etc).

4. Tulburările de scris din psihoze (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, epilepsie, stări confuzionale, deliruri cronice sistematizate, alcoolismul cronic, oligofrenii etc).

Autorul citat consideră că din aceste tulburări de scris, scrisul la schizofrenici reprezintă un aspect psihografologic particular, ce se concretizează în forme de paragrafie, neagrafie, disgrafie și mângăleală.

Referindu-se la formele alexiei și agrației și luând ca bază centrul limbajului din scoarța cerebrală, J. M. Nielsen ajunge la concluzia că agrațiile se clasifică în angulară, ideokinetică apraxică parietooccipitală, apraxică, ideokinetică, de origine caloză, apraxică a celei de-a treia circumvoluții frontale, de formulare, apraxică a celei de-a doua circumvoluțiuni frontale și de capsulă externă, iar alexiile pot fi verbale occipitale agnozice, verbale agnozice angulare, angulară agnozică muzicală, angulară agnozică literală, verbală agnozică temporală, semantică temporală, parietală agnozică, numerală, agnozică de capsulă externă, agnozică tactilă parietală, agnozică a celei de-a treia circumvoluții frontale și semantică a celei de-a treia circumvoluții frontale. De fapt harta ariilor limbajului, formulată de Nielsen încă din 1946 și care stă la baza clasificării de mai sus, a fost validată de cercetările clinice ale mai multor specialiști, printre care și de școala lui Penfield.

Deși tulburările de scris sunt mai evidente și mai semnificative pentru modificările din structura personalității bolnavilor psihici, din observațiile noastre rezultă că ele sunt însoțite, în majoritatea cazurilor, și de tulburări ale cititului, mai cu seamă cele care privesc latura semantică și de păstrare a fluenței. *Dintre cele mai reprezentative forme ale tulburărilor citit-scrisului, în bolile psihice, le enumerăm pe acelea care privesc forma și conținutul activității lexico-grafice: înțelegerea celor citite sau scrise este aleatorie, ideea nu este analizată în contextul dat, se recitesc rândurile odată parcurse sau se sare peste unele, scrisul este oscilant, tremurat, colțuros, grafemele inegale, nu respectă direcția, se suprapun unele grafeme, apar întreruperi și unele desene sau figuri care încarcă*

pagina de scris; poate avea și forma de ghirlandă, caracteristică ce nu se întâlnește la alte categorii de logopați, de asemenea, scrisul și citirea ca în oglindă etc. (fig.40).

[illegible]

formă, dar și la înțelegere, semnificație, la semantica procesului lexico-grafic.

În cadrul tulburărilor scris-cititului la bolnavii psihici, o atenție aparte trebuie acordată scrierii și citirii în oglindă, ele având o frecvență mai mare, comparativ cu logopații cu intelect normal sau chiar cu deficiențe senzoriale ori de intelect. Deși au fost făcute multe speculații cu privire la faptul că, în special, scrisul în oglindă este apanajul, în primul rând, al oamenilor ce au o preferință manuală stângă, însoțită de dominanța emisferei drepte, cercetările clinice nu aduc fapte suficient de grăitoare în această direcție. Dacă așa ar sta lucrurile, atunci citit-scrisul în oglindă ar trebui să fie la fel de frecvent la toate categoriile de logopați, pe linie lexico-grafică, ce sunt stângaci cu dominanța emisferei drepte; în realitate, acest fenomen apare numai la unii subiecți. În schimb, este adevărat că citit-scrisul în oglindă are o frecvență mai mare la stângaci față de dreptaci. Pe bună dreptate, P. Abély și J. Delatre subliniază că scrierea și citirea în oglindă nu este specifică stângăciei, deoarece fenomenul poate apărea și la dreptaci. J. De Ajuriaguerra, R. Diatkine și H. Gobineau raportează scrierea în oglindă la neputința de a-și însuși direcția de scris și la existența unor leziuni corticale, de obicei parietale, care impulsionează scrierea cu mâna de la dreapta la stânga (scriere în oglindă). Cu toate aceste rezerve, „scrierea în oglindă poate apărea ca simptom în unele boli mentale; s-a observat, câteodată, în delirul cronic. În cursul unor anumite afazii cu agrafie, scrierea în oglindă este prima încercare de scris” (Z. Caraman, Gh. Pendefunda, 1965, pag. 1).

De cele mai multe ori, scrisul în oglindă este însoțit de citirea în oglindă și o atare lectură se efectuează atât la scrisul propriu, cât și la cel normal. Subiectul nu-și dă seama de fenomenul respectiv, decât dacă i se atrage atenția și dacă îi favorizează conștiința de sine.

Două aspecte generale se impun observației noastre pentru scrisul în oglindă: a) scrisul în oglindă (și cititul în oglindă) nu se prezintă, ca fenomen unic, izolat ci face parte dintr-un complex de tulburări ale limbajului citit-scris, caracteristici la care ne-am mai referit și b) scrisul în oglindă nu poate fi redus numai la direcția de scriere, de la dreapta la stânga, deoarece, mai ales în cazul cifrelor, simbolul grafic poate fi executat și invers, orientat exact cum se reflectă într-o oglindă așezată în fața scriitorului normal, și din aceste motive, pentru subiectul obișnuit, cititul se realizează facil prin întoarcerea paginii de scris a logopatului.

În același timp, constatăm că toate caracteristicile tulburărilor lexico-grafice descrise la bolnavii psihici, cu toată marea varietate, se subsumează celor patru mari categorii clasice: alexie-agrafie și dislexie-disgrafie.

Dacă bolile psihice determină o serie de tulburări în cadrul comportamentului lexico-grafic, trebuie arătat că, într-o anumită proporție, fenomenul se manifestă și invers. Este vorba de faptul că tulburările citit-scrisului, și în special cele mai accentuate, pot determina unele reacții psihonevrotice. Majoritatea acestor reacții fac parte din psihopatologia marginală, dar ele se pot agrava, cu timpul, în direcția modificărilor psihice și a depersonalizării logopatului. Dintre cele mai frecvente handicapuri cu caracter psihopatologic, ce pot fi determinate de stabilitatea crescută și durabilitatea în timp a tulburărilor de citit-scris, enumerăm pe următoarele: scăderea voinței și a motivației pentru activitate, scăderea interesului față de activitate și accentuarea acestuia pentru instinctele sexuale, accentuarea durtății și a cruzimii, creșterea infracționismului și a delincvenței, tulburări de afectivitate, de dezvoltare, de gândire, de memorie, de atenție, de imaginație, exacerbaria inhibiției și excitației în plan motor și verbal, deprivare auditivă, vizuală și motorie, creșterea impulsivității, accentuarea negativismului, a spiritului de dependență etc.

Credem că unele fragmente spicuite din scrisorile unui tânăr de 16 ani, cu dislexo-disgrafie, sunt semnificative pentru cele spuse mai sus:

„Îmi spunei să vă relatez cât mai amănunțit în legătură cu suferința mea. Ei bine nu mă las rugat, dacă manifestați atâta curiozitate. Mi se pare că pe zi ce trece scriu și citesc tot mai prost. Pentru aceasta, am întrerupt și școala; nu mai vreau să fiu de râsul colegilor și a cadrelor didactice care nu manifestă nici un fel de indulgență față de suferința mea. Dacă nu părăseam eu școala, tot mă dădeau afară, pentru că în ultimele zile am bătut doi colegi destul de rău și am adus injurii unui profesor. Mai grav este că nici acasă nu am zile bune; ai mei nu vor să creadă că eu nu pot scrie și citi ca toți ceilalți oameni. Spun că sunt leneș, că nu vreau să muncesc, că fac pe nebunul, că sunt obraznic și că trăiesc degeaba. Ce să fac? Îmi vine să-mi iau lumea-n cap!

.....

„ Iată-mă fugit de acasă de mai bine de o lună. Hoinăresc și trăiesc din te miri ce. Am reușit chiar mai mult să fac! Până acum am furat de trei ori și am făcut câteva scandaluri publice. Acum, că sunt la poliție, probabil că mă vor duce acasă sau cine știe?

.....

Vă scriu din nou pentru că am impresia că sunteți singurul om care mă înțelegeți! Cred că iar trebuia să plec de acasă, dacă nu faceți ceva pentru mine pentru a scăpa și eu de această nenorocire. Am auzit că se pot înlătura asemenea suferințe. Așa este? De fapt, dv. mi-ați confirmat acest lucru.

În ultimul timp, sunt foarte nervos și nu îmi mai arde de nimic. Ce să fac? Mă cert cu toată lumea. Parcă m-am prostit de tot. Nu mai am liniște, sunt într-o continuă agitație pentru care, cred, nu mai pot dormi bine și sunt tot timpul obosit. Nu mai țin bine minte unele lucruri și îmi trec prin cap tot felul de bazonii. Cred că a să înnebunesc până la urmă. Nici nu știu ce să mai fac? Aștept un sfat. Poate mă veți convinge să încep o activitate serioasă și să scap de această belea!”

În literatura de specialitate, mai ales în cea anglo-saxonă, se acordă o importanță aparte problemelor infracționismului și delincvenței la persoanele care suferă de dislexo-disgrafie. Von Holstein, judecător la Înalta Curte a Danemarcei, a întreprins un studiu al corelației dintre asemenea tulburări și înclinația criminală și a ajuns la concluzia că este necesară o recunoaștere medico-legală a handicapului provocat de „cecitatea verbală”, iar Edmund Critchley (1968) s-a interesat de relația dintre dislexie (unde include și disgrafia) și delincvența juvenilă, cu care ocazie a cercetat un lot de 106 băieți, prospectiv și 37, retrospectiv, cuprinși în limitele vârstei de 12-17 ani; el subliniază că 60% din subiecții delincvenți aveau întârzieri în citire cu peste 2 ani față de vârsta lor cronologică, în timp ce la 40% întârzierea era cu peste 3 ani (citată după M. Critchley, 1972, pag.98). Comportamentul delictual este pus pe seama tulburărilor de personalitate pe care le provoacă handicapurile citit-scrisului asupra cărora vom reveni, sau slaba evoluție și dezvoltare a personalității.

Totuși, față de asemenea comportamente aberante, determinate de tulburările citit-scrisului, se impune să manifestăm unele rezerve, ținând seama și de faptul că, în mod obișnuit (mai ales în lipsa unor

cauze organice), printr-o instruire simpatetică și adecvată, prin folosirea unor metode și procedee logopedice specifice, handicapurile lexico-grafice sunt trecătoare. Dovada o constituie și impresia, lăsată unora, că personalități, ca Edison, Lawrence Lowell, William James, Albert Einstein, Hans Christian Andersen au fost „ex-dislexici”(M.Critchley, 1972, pag. 100).

Capitolul XIII

METODE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA DISLEXO-DISGRAFIEI

1. *Cadrul general de referință*

Ca și tulburările de pronunție, dislexo-disgrafia poate fi înlăturată prin folosirea unei metodologii cu caracter terapeutic adecvat. Dar succesul în activitatea educațional-recuperativă nu depinde numai de alegerea corectă a metodelor și procedeele terapeutice, ci și de o serie de alți factori obiectivi și subiectivi. Aceștia vor fi analizați în cele ce urmează, odată cu metodele și procedeele pe care le considerăm cele mai eficiente și pe care noi le-am elaborat și validat în activitatea de terapie logopedică. Nu avem pretenții să fim exhaustivi, pentru că specialiștii în terapie folosesc cu siguranță și alte metode, iar noi ne-am propus să îmbogățim metodologia terapeutică, printr-o contribuție personală ce are la bază activitatea practică desfășurată cu ani în urmă.

În altă ordine de idei, nu credem că mai este nevoie să subliniem oportunitatea corectării tulburărilor de citit-scris. Este suficient, doar, să menționăm un singur aspect și anume acela că dislexo-disgrafia are un impact negativ chiar mai mare, decât tulburările de pronunție, asupra activității școlare și a celor intelectuale, în general. Aceste aspecte justifică atenția pe care o acordăm terapiei dislexo-disgrafiei, cât și intenția noastră de a da o unitate logică și eficiență metodologiei terapeutice.

Ca atare, în corectarea disgrafiei și dislexiei trebuie să se aibă în vedere câteva obiective mai importante în raport de care se adoptă metodele și procedeele cele mai adecvate. Dintre acestea, enumerăm următoarele:

- simptomatologia și diagnosticul logopedic diferențial;
- natura etiologiei dislexo-disgrafiei;
- dacă tulburările de scris-citit sunt dublate de o altă deficiență (de intelect, senzorială, psihică etc.);
- dacă mai sunt și alte tulburări ale limbajului la același subiect și ce raport există între acestea și tulburările citit-scrisului;
- nivelul dezvoltării psihice a logopatului;
- rezultatele școlare ale logopatului și impactul dislexo-disgrafiei asupra randamentului;
- în ce relații se află logopatul cu colectivul și cu părinții;
- vârsta logopatului;
- nivelul de dezvoltare a limbajului, în general;
- relația dintre motricitate și limbaj, nivelul psihomotricității și al achiziției deprinderilor lexo-grafice;
- specificul dominanței și al lateralității;
- caracteristicile percepției auditive și vizual-kinestezice;
- specificul orientării spațio-temporale;
- reflectarea tulburărilor de limbaj în planul personalității și comportamentului;
- motivația pentru activitate, în general, și pentru corectarea dislexo-disgrafiei, în special.

Ținând seama de aceste considerente, întreaga terapie a tulburărilor citit-scrisului va fi centrată pe formarea deprinderilor corecte și pe înlăturarea celor deficitare, pe stimularea activității psihice și pe dezvoltarea personalității. Ca și în cazul corectării altor tulburări ale limbajului, și în terapia dislexo-disgrafiei se pot folosi două categorii de metode și procedee:

Metode și procedee cu caracter general și

Metode și procedee cu caracter specific logopedic.

2. *Metode și procedee cu caracter general*

După cum am văzut, această categorie vizează, indirect, corectarea disgrafiei și dislexiei, dar ele sunt cel puțin tot atât de importante ca în tulburările de pronunție, deoarece, pe de o parte, pregătesc subiectul, din punct de vedere psiho-fizic, pentru aplicarea metodologiei specific logopedice, iar pe de altă parte, fortifică organismul (fizic și psihic) și facilitează efectele acțiunii metodelor din categoria celor specifice. Ca în toate cazurile, multe din aceste metode și procedee se pot efectua sub formă de joc (în funcție de vârsta subiectului) sau li se pot imprima un caracter de distracție – relaxare și înlăturare a oboselii. De remarcat este faptul că, și dacă această categorie are tot un caracter general, pentru a veni în sprijinul terapiei specifice, ea dobândește o conotație aparte, menită să stimuleze și să dezvolte unele componente ale activității implicate în achiziția corectă a citit-scrisului. Pentru aceasta, ne vom referi, în continuare, numai la acele aspecte care sunt legate de dezvoltarea abilităților lexico-grafice. În categoria respectivă pot fi menționate nenumărate procedee, dar le vom analiza pe acelea care au o legătură mai mare cu formarea deprinderilor corecte de citit-scris sau care devin condiții în corectarea dislexiei și disgrafiei.

A. **Exerciții pentru dezvoltarea musculaturii degetelor și a mâinii**

Aceste exerciții au o importanță deosebită pentru formarea mișcărilor fine ale degetelor și mâinilor, ceea ce contribuie la o mai bună ținere a instrumentului de scris, la evitarea oboselii și la alunecarea facilă pe foaia de scris, iar ca efect, creșterea vitezei acțiunii și adoptarea unei scrieri „silențioase”. De obicei, exercițiile respective sunt îmbinate cu adoptarea poziției corecte de scris și de relaxare, nu numai a degetelor și mâinilor, dar și a întregului corp. Aceste exerciții sunt cu atât mai necesare cu cât avem în vedere și marea varietate a deficiențelor motorii, a celor psihomotorii, determinate de leziunile sistemului nervos central, a dereglărilor cinetice și tonice, a dezorganizării mișcărilor și modificărilor sincineziilor. Ca urmare, aceste handicapuri provoacă, frecvent,

tulburări grafo-motorii, a căror înlăturare se impune cât mai de timpuriu, deoarece altfel capătă o rezistență deosebită la corectare. Toate exercițiile trebuie să contribuie la sincronizarea grupelor de mușchi antrenați în actul scrierii, ceea ce va duce la realizarea acestui deziderat. Pentru formarea vorbirii cursive, în general, și a citit-scrisului, în special, este bine ca aceste exerciții să se desfășoare sub o formă ritmică. O asemenea necesitate devine evidentă, dacă avem în vedere că desfășurarea normală a limbajului este, prin excelență, ritmică, ca și a principalelor acțiuni umane automatizate sau în curs de automatizare.

La deficienții de limbaj, dar mai cu seamă la cei cu tulburări lexico-grafice, la care există o etiologie bazată pe insuficiențele sau infirmitățile motorii cerebrale, grupa exercițiilor de dezvoltare a musculaturii degetelor și a mâinii trebuie extinsă sau îmbinată cu exercițiile fizice generale. O mare importanță o au acestea din urmă pentru fortificarea generală a organismului, dar și pentru combaterea handicapurilor de motricitate, de slabă organizare spațio-temporală și pentru dezvoltarea mișcărilor fine și sincronizate. Pe aceeași direcție, când avem de-a face cu tulburări ale cititului și scrisului, determinate de fenomene dislalice, rinolalice, disartrice etc., ori sunt manifestări în reflectarea transpunerii acestora în planul lexico-grafic, exercițiile pentru dezvoltarea aparatului fonoarticulator al emisiei verbale, asupra cărora nu insistăm, deoarece ele au fost prezentate în terapia dislaliei, devin tot mai necesare.

Exercițiile de dezvoltare a musculaturii degetelor și a mâinii se pot desfășura în forme variate, începând cu mișcări ritmice de întindere și strângere a degetelor ori de întindere a brațelor și scuturarea lor, astfel încât să se transmită vibrația pe întreaga fibră musculară până la cele mai complexe forme ce se utilizează în terapiile de relaxare. În funcție de vârsta copilului, se poate introduce jocul cu scopul de a stimula efectuarea exercițiilor respective. Astfel, prinderea și apucarea mingii, menținerea, pe o perioadă de timp, atârnat de o bară ori de o frânghie, trasarea cu degetul a unor contururi precise într-o ladă cu nisip, întinderea corpului paralel cu podeaua și sprijinirea pe mâini și vârful picioarelor, pentru executarea flotărilor etc., sunt numai câteva din procedeele ce se pot folosi cu eficiență sporită. În același timp, se pot utiliza o serie de exerciții mai specializate pe direcția dezvoltării musculaturii mici a degetelor și mâinii, concomitent dezvoltându-se și capacitățile perceptive și

cinetice. Dintre acestea, exemplificăm câteva care ni se par mai importante:

- închiderea și deschiderea alternativă și ritmică a degetelor;
- apropierea și îndepărtarea alternativă și ritmică a degetelor;
- mișcarea degetelor prin imitarea cântatului la fluier sau la pian;
- trasarea cu degetul, în aer, a literelor;
- trasarea cu degetul, pe o sticlă, a literelor;
- decuparea și colorarea literelor;
- strângerea ritmică a dinamometrului sau a unei mingi de cauciuc;
- scrierea grafemelor după conturul model;
- desenarea diferitelor figuri geometrice ori trasarea conturilor lor;
- modelajul în lut sau plastilină ș.a.

Aceste exerciții se pot folosi și în etapa preabecedară, caracteristică copiilor preșcolari, cu scopul de a preveni eventualele tulburări lexico-grafice și de pregăti mâna pentru scris, ca și pentru evitarea oboselii. Programele de grădiniță conțin, direct sau indirect, activități ludice, menite să contribuie la dezvoltarea generală a motricității, inclusiv a celei legate de kinestezia mâinii.

B. Educarea și dezvoltarea auzului fonematic

Spre deosebire de auzul fizic, auzul fonematic privește capacitatea de a identifica și diferenția sunetele limbii, de a distinge între sunet și literă, între sunet și reprezentarea sa grafică. Metodele și procedeele de dezvoltare a auzului fonematic devin extrem de acute, în cazurile în care tulburările lexico-grafice apar pe baza unei vorbiri deficitare și, mai ales, a deficiențelor de pronunție. Existența tulburărilor auzului fonematic, sau slaba dezvoltare a acestuia, determină dificultăți nu numai la nivelul emisiei, dar și la cel al discriminării literelor și reprezentării lor în planul grafic. Dacă fenomenul este accentuat, dificultățile se extind la nivelul grupurilor de litere și chiar al cuvintelor. În astfel de situații, dislexo-disgraficul nu conștientizează propriile sale dificultăți și nu reușește să efectueze comparații corecte între produsele sale lexico-grafice și cele ale unui subiect normal. Ca urmare, autocontrolul auditiv este simplificat, și pe baza lui nu se poate realiza o coordonare sincronizată cu cel de la nivelul aparatului motrico-kinestezic. Pe măsura obținerii unor rezultate pozitive, în dezvoltarea auzului fonematic, se îmbunătățesc, în special, cititul și scrierea după dictare.

Dezvoltarea auzului fonematic, la copiii preșcolari și la cei cu debilitate mintală, se poate face, sub formă de joc, prin recitarea cu intonație a unor poezioare scurte sau prin ghicirea vocii unor copii pe care nu-i vede. Folosirea cuvintelor paronime este deosebit de eficace la toate vârstele. Acestea contribuie la diferențierea sunetelor asemănătoare, ca pronunție și poziție a aparatului fonoarticular, în emiterea lor, ca și diferențierea grafemelor ce au structuri optice apropiate. Este indicat ca logopedul să aibă la îndemână un set de cuvinte pe care să-l poată mânui ușor și să-l recomande, ca exerciții, pentru logopat în afara activităților logopedice. Astfel de exerciții se pot efectua după următorul sistem de diferențiere a cuvintelor paronime:

diferențierea t-d

tuș-duș
spate – spade
roate – roade
tată-dată
lată-ladă

diferențierea f-v

vată-fată
var-far
vag-fag
vină-fină

diferențierea j-ș

jale-șale
jură-șură
prăjit-prășit
joc-șoc

diferențierea s-z

sare-zare
sac-zac
varsă-varză
groasă-groază
oase-oaze

diferențierea p-b

pară-bară
pun – bun
poală-boală
papă-babă
pere-bere

diferențierea l-r

lac-rac
lege-rege
lamă-ramă
lampă-rampă

diferențierea g-c

gogoși-cocoși
gară-cară
goală-coală

diferențierea ș-s

șoc-soc
școală-scoală
mușcă-muscă
pișc-pisc
laș-las

În același scop, se pot utiliza exerciții cu scopul de conștientizare a asemănărilor și deosebiriilor dintre literele de tipar și reprezentarea lor grafică de mână, alegerea și diferențierea sunetelor și literelor asemănătoare acustico-optic din cuvinte, formarea de cuvinte

din litere și sunete ce pot fi confundate, sublinierea literelor asemănătoare dintr-un text, perceperea tactil-kinestezică în relief (în alfabetul Braille) a grafemelor asemănătoare, în special pentru nevăzători, pronunțarea unui sunet și găsirea lui în text, analiza fonetică a cuvântului înaintea scrierii acestuia etc.

C. Educarea și dezvoltarea capacității de orientare și structurare spațială

Întregul proces are o însemnătate deosebită deoarece unele tulburări lexico-grafice pot fi determinate, exclusiv, de aceste handicapuri privind orientarea și structurarea spațială, iar în altele, cu o etiologie diferită, sunt de cele mai multe ori incriminate. De fapt, chiar în formarea deprinderilor de citit-scris funcționarea corectă a activității de orientare și structurare spațială devine condiție *sine qua non*, pentru că trasarea semnelor grafice și urmărirea succesiunii desfășurării literelor în cuvinte, a cuvintelor în fraze, a succesiunii rândurilor și respectarea spațiilor între ele se constituie în faze ale procesului de achiziție lexico-grafică, peste care nu se poate trece fără riscul de a crea unele dificultăți.

Prin prevenirea și înlăturarea tulburărilor de orientare, se pot evita o serie de fenomene ce intervin în tulburările lexico-grafice, cum sunt: inversarea literelor și a grafemelor (atât în plan orizontal, cât și în cel vertical), dificultățile de legare a grafemelor, în scris, și a literelor, în citit, pentru formarea și perceperea cuvântului, scrisul și cititul în oglindă, discontinuitatea în scris și citit etc. Ca atare, sunt indicate exerciții care să ducă la conștientizarea raporturilor stângadreapta, înainte-înapoi, deasupra-dedesubt, sus-jos și de corectare a eventualelor agnozii spațio-vizuale. În acest context, se pot folosi și exerciții de fixare a schemei corporale: recunoașterea și denumirea diferitelor părți ale corpului, plasarea diferitelor obiecte în spațiu, în raport de propriul său corp; să învețe să stabilească relații spațiale corecte între diferite obiecte, să aprecieze poziția ocupată de diferite obiecte în mișcare, în raport cu altele sau cu propriul corp, să învețe să distingă sau să desprindă un obiect sau o ființă dintr-un context mai mult sau mai puțin aglomerat etc. (fig. 41).

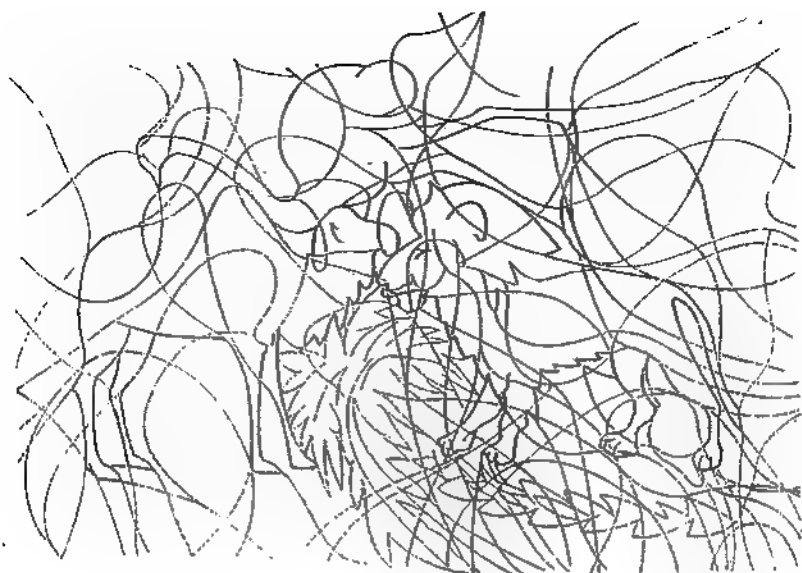


Fig. 41.

Aceste exerciții sunt deosebit de importante pentru deficienții de intelect, la care se manifestă dificultăți majore pe această linie, și care trebuie, totodată, să-și însușească un vocabular corespunzător denumirilor sau reprezentărilor respective. Eficiente se dovedesc, aici, activitățile de analiză a desfășurării citit-scrisului de la stânga la dreapta și a distincției dintre direcția scrisului și direcția cititului, în Braille, în cazul nevăzătorilor. Se analizează, astfel, fiecare literă și grafem, poziția ocupată, în raport cu altele, și sensul de trasare ori reprezentare în spațiul foii. În același timp, se insistă pe formarea deprinderilor de percepere corectă a legăturii dintre litere și grafeme, dintre sunet și literă și dintre sunet și grafem. În acest scop, se pot folosi exerciții de pronunțare a sunetului și a cuvântului și trasarea corespondentului lor cu degetul, conducerea mâinii copilului și altele.

Tulburările de structurare spațială, cu efectele negative în dimensionarea și plasarea defectuoasă a grafemelor în spațiul paginii ori de percepere corectă a literelor și a raporturilor dintre ele, pot fi înlăturate atât prin procedeele descrise mai sus, cât și prin exerciții de formare a deprinderilor de reprezentare grafică a unor forme mai simple, la început, cu ajutorul desenului și al reproducerii figurilor geometrice, folosind bețișoare, conștientizarea caracteristicilor liniei drepte și ale liniilor paralele, a uniformității literelor și grafemelor, din

aceeași categorie, a respectării distanței egale dintre grafeme și cuvintele în scris, a respectării constante a înclinației scrisului sau a verticalității acestuia (acolo unde este adoptat) etc. Și pentru scrisul alb-negru, dar mai cu seamă pentru cel în Braille, elevii trebuie deprinși să înțeleagă că apăsarea exagerată determină scăderea lizibilității și apariția unei forme zdrențuite (mai evidentă în scrisul Braille) și că, de fapt, fenomenul este urmarea contractării musculare exagerate, ceea ce duce la instalarea oboselii și la apariția crampelor. Dacă subiectul a înțeles că în scris, în special, și în citit, în general, corectitudinea și estetica procesului se bazează pe evitarea crispării și a încordării musculare, achiziția citit-scrisului se realizează într-un timp mai scurt, întrucât se bazează pe mișcările suple ale degetelor și ale mâinii, pe parcurgerea vizuală atentă a elementelor constitutive ale cuvintelor și propozițiilor. Alte elemente, ce trebuie luate în considerație, sunt cele care privesc poziția corectă și constantă a corpului, a caietului de scris și a cărții de citit, pentru că altfel ele imprimă inconstanță în forma grafică și lexică pe direcția mărimii, a spațiului, a modulării, a intensității, a respectării spațiilor dintre grafeme și a pauzelor dintre cuvinte, a corelării expir-inspir, cu respectarea regulilor ortografice și ortoepice etc.

Toate aceste exerciții sunt deosebit de importante pentru toți dislexo-disgraficii, dar mai cu seamă pentru cei care prezintă tulburări de orientare și structurare spațială, ca și pentru cei cu deficiențe senzoriale, mintale și psihice. Aceasta, deoarece la dislexo-disgraficii cu deficiențe senzoriale, mintale și psihice se dereglează mai mult sau mai puțin componentele de orientare și structurare spațială, ca urmare a caracteristicilor deficienței respective și a etiologiei implicate care pot duce, în sine, și la disabilități în planul la care ne referim.

D. Înlăturarea atitudinii negative față de citit-scris și educarea personalității

Ca orice altă tulburare de vorbire, și dislexo-disgrafia, odată instalată, determină o stare de neliniște și teamă de insucces, de penibilitate și de subapreciere, ceea ce îl face pe subiect să trăiască momente stresante. Repetarea insuccesului școlar, ca urmare a neputinței exprimării corecte prin comportamentul lexico-grafic, accentuează starea de oboseală intelectuală și fizică. Cu timpul, se instalează o hipersensibilitate afectivă și o stare de repulsie față de

procesul instructiv, în general, și față de activitatea de citit-scris, în special. Toate acestea, la un loc, imprimă personalității logopatului un aspect negativist, care perturbă relațiile cu cei din jur și închiderea în sine, izolarea de anturaj.

Pentru înlăturarea unor astfel de comportamente, cel mai eficace procedeu este acela al psihoterapiei. S-a dovedit că psihoterapia joacă un rol însemnat și în alte tulburări ale limbajului, în special în bîlbâială și logonevroză (E. Verza, 1972); deși nu corectează direct handicapul de limbaj, ea contribuie la instalarea unui echilibru psihofizic, atât de necesar în dezvoltarea personalității, și netezește terenul pentru aplicarea metodelor și procedeelor specific logopedice. Așadar, psihoterapia se utilizează cu scopul de a înlătura stările psihice conflictuale și frustrante, determinate de handicapul citit-scrisului. În primul rând trebuie urmărit să se înlătore sentimentul de inferioritate instalat. Subiectul trebuie convins că dislexo-disgrafia poate fi înlăturată și că încrederea în forțele proprii devine o componentă a succesului. Ca psihoterapia să aibă o eficiență maximă, ea trebuie să vizeze atât personalitatea logopatului, cât și comportamentul său lexico-grafic.

Indiferent dacă activitatea psihoterapeutică se desfășoară individual sau în grup, specialistul trebuie să-i cunoască bine pe cei cu care lucrează, pentru a putea elabora planul discuțiilor, astfel încât nici unul din participanți să nu aibă impresia că a devenit obiect de studiu. Dar, în același timp, nu se recomandă nici îndepărtarea de preocupările și conflictele logopatului care, mai mult sau mai puțin, se impun a fi abordate. Specialistul trebuie să fie pregătit pentru a nu rămâne numai la stadiul discuțiilor, activitatea psihoterapeutică se poate desfășura și prin prezentarea unor filme ce conțin imagini liniștitoare și semnificative, care vor fi însoțite de comentarii, de ascultarea muzicii cu caracter liniștitor și chiar a utilizării sugestiei și hipnozei (E. Verza, 1977, pag. 122).

Un loc cu totul aparte, în cadrul tehnicilor de psihoterapie, îl ocupă jocul, mai ales în cazul copiilor de vîrstă mică. R. Schilling apelează frecvent la „Jocul curativ logopedic”, când le creează copiilor posibilitatea de a se substitui poezilor, regizorilor și actorilor. Dar jocul este eficient și la vîrstele mai mari și chiar la cele adulte. „Jocul oferă copiilor cunoștințe despre lume și viață, formează și dezvoltă, în mod direct, capacități observative, iar în mod indirect jocul creează o mai mare antrenare, competență, deprinderi activate, mărește capacitatea de înțelegere a situațiilor complexe, creează

capacități de reținere, dar și de dozare a forțelor fizice și spirituale, capacități de concentrare, de supunere la contextul unor reguli și dorința de a reuși în jocurile cu reguli, tensiune afectivă complexă, capacități de a rezolva situații, probleme de creativitate. Pentru omul adult, jocul procură plăcere, distrează, amuză, dar totodată contribuie la dezvoltarea și reenergizarea, reantrenarea tonusului, la anularea oboselii, ceea ce justifică utilizarea jocului ca instrument de psihoterapie (Ursula Șchiopu, E. Verza, 1981, pag. 317)."

În scopuri similare, se pot folosi desenul și dramatizarea; acestea permit pătrunderea în relațiile complexe ce definesc personalitatea. Dar rămâne ca principală formă a psihoterapiei, începând cu vârsta pubertății și mai ales a adolescenței, discuția liberă sau pe o temă dată. Problemele abordate în discuție trebuie să vizeze înlăturarea unor blocaje afective, redarea încrederii în forțele proprii, îndepărtarea fobiei și a inerției, crearea unor condiții stimulative și tonifiante care să ducă la instalarea confortului psihic.

Metodele și tehnicile psihoterapiei trebuie raportate la o serie de factori ce țin de structura psihică a logopatului, de condițiile în care trăiește și își desfășoară activitatea, dar și de simptomatologia și natura dislexo-disgrafiei. Pornind de la ideea educării întregii personalități în care limbajul ocupă un loc aparte, ca manifestare comportamentală, metodologia contemporană a terapiei dislexiei și disgrafiei mizează, în egală măsură, pe folosirea unor tehnici cu mai multe dimensiuni.

Principală preocupare a specialistului este aceea de a găsi soluția necesară pentru încurajarea permanentă a logopatului, pentru ca acesta să dobândească încredere în forțele proprii și să depună un efort conștient în corectarea handicapului respectiv. Prin aceasta, se câștigă și se dezvoltă colaborarea logopatului și atașamentul față de activitatea desfășurată.

3. *Metode și procedee cu caracter specific logopedic*

Metodele și procedeele cu caracter logopedic pot fi împărțite sau diferențiate pe profilul corectării dislexiei ori pe cel al corectării disgrafiei, dar noi preferăm să le prezentăm împreună, din două motive: pe de o parte, o metodă sau un procedeu utilizat în corectarea disgrafiei determină, implicit, obținerea unor rezultate pozitive și în

dislexie și invers, iar pe de altă parte, fiecare logopat se manifestă în mod unic și specific, fapt pentru care alegerea unei metode sau a alteia, rămâne la aprecierea specialistului. Rezultă că în aplicarea terapiei logopedice nu se poate face abstracție de particularitățile psihoindividuale ale subiectului și de modul concret de manifestare a tulburării. Metodele și procedeele specifice pot fi aplicate concomitent cu cele din prima categorie sau după o anumită perioadă de timp, când se constată efectele pozitive ale celor dintâi. Desigur, în cazurile în care nu există sau nu se manifestă tulburări care să necesite aplicarea metodelor și procedeele cu caracter general, activitatea terapeutică va începe direct cu metode și procedee cu caracter specific logopedic. Important este ca, și într-un caz și în celălalt, metodele și procedeele să fie astfel selectate, încât să vizeze, în egală măsură, atât înlăturarea tulburării de citit-scris, cât și crearea condițiilor necesare pentru dezvoltarea personalității.

Considerăm că primul principiu general de care trebuie să se țină seama în terapia specific logopedică a dislexo-disgrafiei, este acela că ori de câte ori avem de-a face cu cazuri la care tulburările lexico-grafice sunt manifestări ale vorbirii orale deficitare, activitatea de corectare trebuie să înceapă cu înlăturarea dislaliei, rinolaliei, bâlbâielii etc, după metodologia cunoscută. Pe măsura obținerii unor rezultate pozitive în terapia logopedică a tulburărilor vorbirii orale, se va trece la corectarea în planul lexico-grafic. Spre exemplu, dacă un copil prezintă o dislexo-disgrafie, ca urmare a transpunerii tulburărilor de pronunție în citit-scris, atunci, pe măsura corectării unui sunet, se va urmări imediat și formarea abilităților de reflectare corectă în planul lexico-grafic. În schimb, acolo unde există tulburări ușoare de pronunție sau de altă natură, corectarea lor este indicat să se facă în paralel cu terapia dislexo-disgrafiei.

Un alt principiu cu caracter general este acela al demarării activității terapeutice cât mai de timpuriu și odată cu manifestarea primelor elemente cu caracter disgrafic sau dislexic. Această necesitate decurge, printre altele, din faptul că trebuie împiedicate, pe cât este posibil, formarea și consolidarea unor deprinderi greșite ca și evitarea unor eșecuri repetate școlare sau sociale, deoarece dislexo-disgrafia își pune pecetea negativă pe afirmarea personalității.

În fine, un alt principiu general, de care trebuie să țină seama fiecare specialist, este acela al formării și dezvoltării, la logopat, a deprinderilor de analiză-sinteză, atât în planul lingvistic, cât și în cel logic. Când subiectul reușește să efectueze, în mod conștient, analiza

și sinteza cuvântului și a propoziției, activitatea sa lexico-grafică se îmbunătățește în mod evident.

C. Calavrezo (1967, pag. 236-239) este de părere că, de fiecare dată, în terapia dislexo-disgrafiei, logopedul trebuie să aibă în vedere o serie de principii generale care vor direcționa întreaga sa activitate. Dintre acestea, noi le considerăm, ca fiind mai importante, pe următoarele:

- corectarea cât mai de timpuriu a dislexo-disgrafiei, la vârstele mici sau imediat după manifestarea ei;
- învățarea citit-scrisului va fi ușurată prin corectarea dislexo-disgrafiei;
- exercițiile efectuate pentru corectare trebuie să fie individualizate, în raport de posibilitățile subiectului și de gravitatea tulburărilor lexico-grafice;
- câștigarea colaborării și a participării active a logopatului la activitatea terapeutică;
- obținerea colaborării părinților, în scopul supravegherii atente a subiectului, pentru continuarea exercițiilor și în afara cabinetului logopedic;
- obținerea colaborării învățătoarei, a educatoarei și a profesorului în vederea manifestării tactului și a încredinței necesare față de subiectul dislexo-disgrafic;
- exercițiile efectuate pentru corectarea disgrafiei și a dislexiei să se bazeze, pe cât posibil, pe materialul pe care îl folosește subiectul în școală sau în activitățile profesionale.

În cadrul metodelor și procedeelor pentru corectarea disgrafiei și a dislexiei insistăm, în mod special, asupra acelor pe care le considerăm eficiente la specificul limbii române (dar ele dau rezultate pozitive și pentru logopații de altă limbă) și pe care noi le-am folosit și verificat în practica logopedică. Dintre acestea, merită o atenție aparte următoarele:

1. *Obișnuirea logopatului să-și concentreze activitatea psihică, și în primul rând gândirea și atenția, asupra procesului de analiză și de sinteză a elementelor componente ale grafo-lexiei.* În acest sens, mai ales pentru început, se pot face și o serie de exerciții, folosind un material variat (în afara citit-scrisului propriu-zis), chiar de tipul unor probe de atenție (fig. 42).

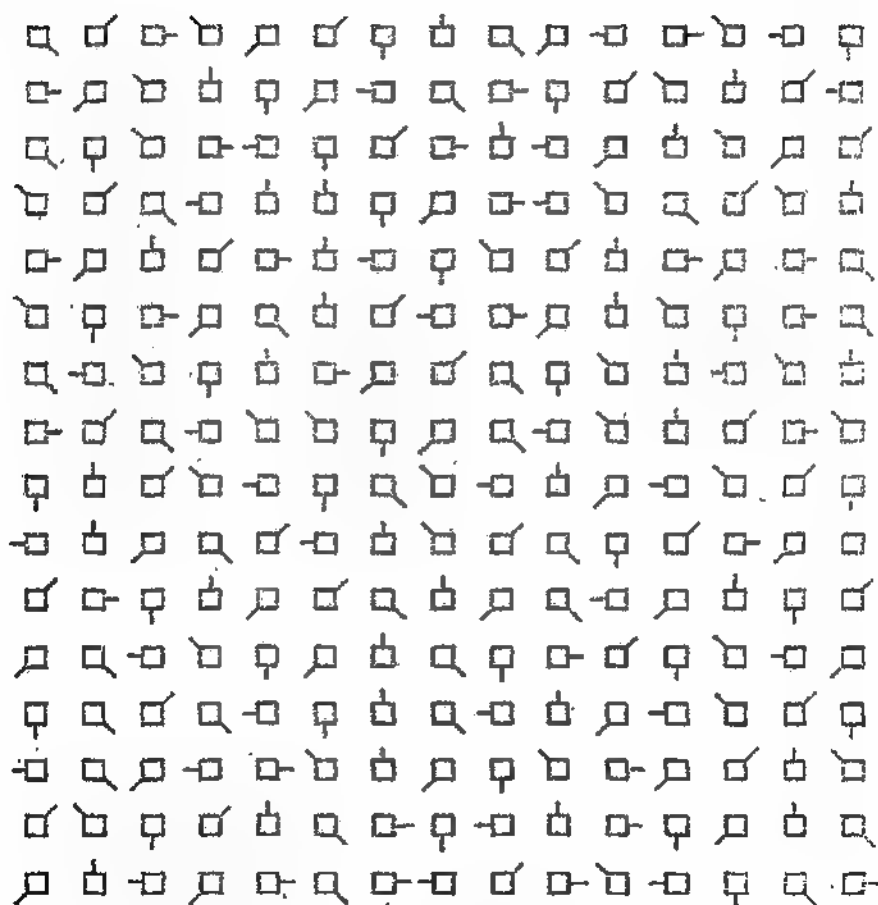


Fig. 42.

Odată cu trecerea la citit-scris, subiectul va fi învățat să efectueze descompunerea elementelor grafice și lexice din care este format cuvântul, și apoi propoziția; totodată, va trebui să realizeze unificarea lor pentru a le putea reda în mod unitar și cursiv în citit și scris. O atare metodă dă rezultate rapide, dacă este combinată cu formarea deprinderilor de înțelegere și respectare a regulilor

gramaticale. Cum scrierea contribuie la formarea deprinderii de a citi, iar exercițiile repetate de citire înlesnesc trecerea din planul fonetic în cel grafic și dezvoltă vocabularul, devine oportună nu numai analiza și sinteza elementelor componente ale cuvintelor și propozițiilor, dar și a unităților sintagmatice cu sens.

Această metodă se aplică cu mai multă dificultate la deficienții de intelect, deoarece, în general, disgrafia și dislexia se corectează mai greu decât la logopatul cu intelect normal, dar și pentru marea labilitate afectivă care imprimă activității inconstanță, iar mișcărilor implicate în grafo-lexie, lipsă de precizie, slabă coordonare și proastă ritmicitate. Or, tocmai aceste dificultăți imprimă citit-scrisului lipsa de estetică, nerespectarea direcției de scris, sărirea rândurilor, ilizibilitatea etc.

Se remarcă faptul că formarea, la copil, a capacității de analiză fonetică literală și verbală, ca și dezvoltarea posibilității de sinteză fonetică literală și verbală, facilitează despărțirea propozițiilor în cuvinte și a cuvintelor în litere și sunete și, respectiv, unirea literelor și a sunetelor în cuvinte și a cuvintelor în propoziții, ceea ce ne determină să afirmăm că aceasta nu numai că este o metodă specifică, în terapia tulburărilor grafo-lexice, dar că ea constituie și un procedeu eficient de prevenire a acestora. Dintre toate tipurile de dislexo-disgrafii, cele care au o caracteristică fonematică se corectează mai ușor cu această metodă. Dacă avem în vedere limitele procesului de analiză și sinteză corticală la handicapații de intelect, și chiar la cei senzoriali, mai cu seamă la cei de auz, atunci înțelegem că asemenea dificultăți pot constitui condiții de bază în manifestările dislexo-disgrafiei și în împiedicarea achizițiilor limbajului, în general.

2. Formarea la logopat a capacității de conștientizare a erorilor tipice dislexo-disgrafice. Această metodă determină rezultate pozitive, mai cu seamă la subiecții cu intelect normal și la cei cu handicapuri senzoriale, și mai puțin la cei cu debilitate mintală sau la cei cu tulburări psihice. Odată formată o asemenea capacitate, prin atenționarea frecventă asupra greșelilor tipice, subiectul învață să-și controleze, în plan mintal și acțional, întreaga activitate necesară manifestării comportamentului lexico-grafic și astfel, încetul cu încetul, capătă posibilitatea de a evita erorile pe care le comitea în mod obișnuit. Întotdeauna atenționarea subiectului asupra greșelii comise trebuie să fie însoțită și de indicarea corectă a felului cum se citește sau se scrie. Solicitarea să imite modelul ideal și repetarea

acțiunii, până când dispare greșeala, duce la bătătorirea legăturilor nervoase, ce devin condiții indispensabile formării deprinderilor, și la trăirea, în plan psihic, a satisfacției comportamentelor corecte. Exemplificarea cu scrierea și citirea diftongilor, a triftongilor și a cuvintelor compuse, la care apar, de obicei, greșeli tipice pentru fenomenele dislexo-disgrafice, contribuie la formarea capacității de conștientizare și la crearea posibilității de a extinde și transfera schemele complexe însușite la cele simple, particulare. În caz de omitere sau substituție a unor litere, în scris, se poate folosi și procedeul de a întreba subiectul de la ce cuvânt vine sunetul respectiv (se face apel la cuvinte uzuale și cunoscute). De exemplu, când subiectul omite sau înlocuiește litera c, va fi solicitat să denumească cuvinte care încep cu sunetul c (casă, cadă ș.a.): Și folosirea șirurilor de cuvinte se dovedește eficientă, întrucât contribuie la formarea asociațiilor dintre foneme și grafeme, cât și la diferențierea lor.

Pentru realizarea legăturii dintre percepția acustică și forma sa optico-kinestezică, se va realiza diferențierea fonemului de grafem și reprezentarea acestora în plan acustic și optic, ceea ce va contribui la dezvoltarea capacității de conștientizare a eventualelor erori. Ca urmare, percepția devine suport și catalizator pentru dezvoltarea proceselor superioare de cunoaștere.

3. Dezvoltarea capacității de sesizare a relației dintre fonem-grafem, literă-grafem și fonem-literă. Un asemenea deziderat devine foarte acut, mai cu seamă în tulburările limbajului scris-citit, apărute pe baza handicapurilor vorbirii orale ca fenomen de transpunere, extindere și contaminare a tuturor palierelelor ce fac parte din subsistemul respectiv. La dislexo-disgrafici, relațiile enunțate, fie că sunt necunoscute, fie că sunt uitate adeseori, fie că se confundă și nu se pot realiza legăturile dintre planurile acustic și optic, dintre cele acustic și kinestezic.

Pentru dezvoltarea unei asemenea capacități, se pot utiliza o serie de procedee. Astfel, se citește de către logoped, în prima etapă, un text, și de câte ori este întâlnită litera sau literele afectate, subiectul urmează să le semnalizeze sau să le sublinieze. Ulterior, le va reproduce în scris. Avantajul este acela că are modelul corect pentru citire și, totodată, se realizează controlul în efectuarea acțiunii corecte pe baza căruia, cu timpul, se ajunge la autocontrol. În a doua etapă, logopatul citește singur textul, sub supravegherea logopedului, și își subliniază literele sau cuvintele la care întâmpină dificultăți, ca apoi să

le transpună corect în scris. În același scop, se realizează o povestire de către logoped sau de către subiect, și ori de câte ori se ajunge la sunete sau cuvinte afectate, ele sunt semnalate într-un text dat și se reproduc în scris. Procedul este eficient și când se recurge la un demers invers, adică erorile făcute, în scris, sunt subliniate într-un text dat sau pe cel realizat de subiect.

În corectarea dislexo-disgrafiei este indicată, cu aceleași rezultate pozitive, folosirea procedului de citire a unor litere, a grupurilor de litere și cuvinte, după principiul de la simplu la complex, de pe scheme-planșe, alcătuite dinainte; apoi ele vor fi reproduse în scris. Aceasta se poate face cu modelul în față sau în lipsa acestuia. De asemenea, se pot folosi imagini cu denumiri de lucruri și ființe, ori cu acțiuni umane, izolate sau în suită, astfel încât să-i sugereze și să-l solicite pe copil să le verbalizeze prin cuvinte, pe care le putem denumi critice. La imaginile mai dificil de evocat, se poate scrie începutul denumirii sau chiar rezumatul povestirii, care să-i sugereze subiectului desfășurarea unui comportament verbal mai complex. Procedul este optim în cazul intelectului normal, dar deosebit de eficace în cazul logopaților cu deficit de intelect și de auz. Cu rezultate similare, pentru deficienții de vedere, se va utiliza imaginea în relief a diferitelor obiecte și acțiuni. Avantajul acestui procedeu constă nu numai în stimularea conduitei verbale, în general, dar și în faptul că se obține o mai bună coordonare pe linia celor trei analizatori implicați în scris-citit: acustic, optic (când există posibilitatea unor vizualizări, fie și reduse) și kinestezic.

Prin toate aceste procedee, logopatul își dezvoltă capacitatea de a sesiza legăturile dintre fonem-grafem, fonem-literă și literă-grafem în planul perceptiv, pe de o parte, iar pe de altă parte, în cel al reprezentării și al gândirii.

4. *Dezvoltarea capacității de discriminare auditivă, vizuală și kinestezic-motrică.* Această metodă se poate realiza prin folosirea unor procedee care să stimuleze și să faciliteze analiza și sinteza fonetică a structurii cuvintelor și propozițiilor. Rezultatele sunt mai bune, dacă se folosesc, inițial, cuvinte mono- și bisilabice, ca în final să ajungă la cele polisilabice. Pentru a fixa mai bine imaginea vizuală a despărțirii cuvintelor în silabe, se poate folosi scrierea colorată, cu una sau mai multe culori. Metoda lui S. Borel -Maisonny, de copiere a unor serii de cuvinte grupate pe principiul structurii gramaticale asemănătoare (substantive, verbe, adjective etc), se dovedește a fi

eficientă din acest punct de vedere. Cu scop asemănător se pot folosi dictarea și citirea de propoziții și fraze scurte, ca apoi să se treacă la autodictări și la corectarea acestora cu ajutorul subiectului. Prin antrenarea activă a subiectului la corectarea propriului scris, se realizează o mai bună fixare a greșelilor tipice, și astfel învață să le elimine, dar și să aprecieze, din punct de vedere valoric, corectitudinea și estetica scrisului.

Cu bune rezultate, în dezvoltarea capacității de discriminare, se pot folosi comparațiile pentru distingerea asemănărilor și deosebirilor dintre diferite grafeme și litere, pe de o parte, iar pe de alta, dintre diferitele sunete din aceeași categorie. În felul acesta, se va apela la grafeme și litere asemănătoare, din punct de vedere vizual și kinestezic (p-b-d, m-n, s-ș) sau după componenta auditivă (z-j, s-ș, f-v), cu scopul de a contribui la fixarea și întărirea legăturilor nervoase pentru consolidarea formelor corecte.

5. Dezvoltarea și perfecționarea abilităților de citit-scris.

Există o serie de metode și procedee care contribuie fie la dezvoltarea deprinderilor de citit, fie a celor de scris, fie a ambelor, în același timp, dar indiferent pe care cade accentul, rezultatele finale obținute sunt pozitive pentru perfecționarea abilităților lexico-grafice. Multe dintre aceste metode își dovedesc eficiența și în etapa inițială a învățării scris-cititului, când copilul începe activitatea organizată de instruire. Dintre acestea, le enumerăm pe cele mai importante:

5.1. Citirea imaginilor izolate și în suită constituie o etapă importantă și necesară, nu numai pentru că stimulează și contribuie la dezvoltarea vorbirii copilului, dar și pentru că ea poate fi considerată ca reprezentativă pentru „comunicarea perceptiv-verbală, deoarece este o componentă a actului de culturalizare a copiilor” (E. Verza). Pentru copilul preșcolar, citirea imaginilor este și mai importantă; ea dezvoltă gustul cititului și poate fi apreciată ca etapă premergătoare procesului de instruire, ce conține elemente de organizare a activității mintale.

5.2. Citit-scrisul selectiv constă în indicarea cuvintelor și propozițiilor apreciate ca fiind critice sau care au un anumit grad de dificultate, ce poate determina erori tipice și pe care subiectul trebuie să le citească sau să le scrie. În aceste condiții, atenția logopatului este centrată pe o anumită categorie de cuvinte, litere și grafeme, învață să le diferențieze de altele și să depună eforturi pentru a le reproduce

corect. Citit-scrisul selectiv este o metodă ce trezește interesul copilului și-i stimulează motivația pentru desăvârșirea acțiunii. În același timp, se realizează printr-un efort minim și îmbracă forma activității plăcut-distractive.

5.3. Citirea simultană și scrisul sub control. Subiectul citește în același timp cu logopedul, scrie sub supravegherea nemijlocită a acestuia. Astfel, imită modelul, în citit, și fiecare greșeală făcută este corectată pe loc, ceea ce întărește încrederea în posibilitățile sale de a scrie și a citi corect. Cu timpul, subiectul învață să se autocontroleze și să devină conștient în raport cu propria sa activitate, ca și cu modelul corect.

5.4. Citirea și scrierea în pereche. Doi subiecți sunt solicitați să citească și să scrie în același timp și să se corecteze reciproc, prin schimbarea alternativă a rolurilor. Avantajul constă în faptul că se creează o stare de competiție între cei doi parteneri, și caută, totodată, să surprindă greșelile făcute de celălalt prin menținerea permanentă a stării de vigilență. În plus, logopatul sesizează mai ușor greșelile partenerului și, o dată corectate la acesta, devine conștient de propriile sale dificultăți. Metoda determină rezultate pozitive și datorită menținerii situației tensionale, a formării-dezvoltării motivației competiționale și a satisfacției pentru succesul împlinit. Procedul poate fi extins la un grup mai mare de subiecți, și ca urmare dispare inhibiția și încordarea caracteristică dislexo-disgraficilor. Pentru logopații cu deficit de intelect este și mai indicată o asemenea metodă; ea are darul de a contribui și la înlăturarea negativismului față de activitatea de scris-citit.

5.5. Citirea și scrierea în ștafetă. Metoda presupune ca fiecare subiect, dintr-un grup anumit, să citească ori să scrie (pe tablă) una sau mai multe propoziții; apoi, el trebuie să indice un coleg care să continue acțiunea. Pentru desfășurarea în condiții normale a activității, toți partenerii trebuie să fie atenți pentru a putea continua și corecta pe cel ce greșeste. Ca atare, această metodă are o serie de elemente comune cu cea a citirii și scrierii în pereche, cât și prin rezultatele pozitive obținute.

5.6. Citirea și scrierea în ștafeta greșelilor este strâns legată de metodele descrise la ultimele două puncte. Subiectul primește sarcina

să scrie sau să citească până în momentul comiterii unei greșeli pe care colegii au datoriat să o semnaleze. Apoi, va continua sarcina un alt subiect, până face și el o greșală ș.a.m.d. Se poate alcătui un grafic, care să pună în evidență numărul punctelor obținute de subiect, notându-se cu minus fiecare greșală și cu plus citirea sau scrierea unui text cât mai lung; de asemenea, semnalarea unei greșeli la partener, se notează tot cu plus.

În felul acesta, se va obține o ierarhizare a subiecților într-o activitate dată sau pe un timp limitat, ceea ce evidențiază și progresele făcute. Metoda prezintă avantajul că trezește ambiția subiecților și stimulează interesul pentru a ocupa un loc cât mai bun în clasificarea finală. Dar fiind faptul că la vârsta școlară spiritul de competiție este foarte dezvoltat, iar dorința de joc încă se menține ca o componentă a activității, interesul elevilor pentru această metodă poate fi canalizat spre o activitate utilă și plăcută.

5.7. Citirea și scrierea cu caracter ortoepic devine eficientă pentru dislexo-disgrafici, când fiecare silabă, care se citește ori se scrie cu dificultăți, este repetată de două ori – spre deosebire de celelalte, ce se scriu și se citesc obișnuit (o singură dată). Subiectul trebuie să fie atent și pentru că numărul greșelilor scade în raport de capacitatea de a intuit, dacă cuvântul următor conține silabe sau grupuri de silabe la care va întâmpina greutăți. Astfel, se dezvoltă una din calitățile importante ale atenției și memoriei, volumul de cuprindere a unui număr cât mai mare de fapte ce se bazează pe lărgirea câmpului perceptiv.

5.8. Citirea și scrierea pe roluri. Fiecare subiect va îndeplini un anumit rol în cadrul unei povestiri (de preferință cu dialog) și va citi sau va scrie, numai acea parte care se referă la rolul cu care este investit. Pe lângă faptul că învață să fie atent, se obișnuiește cu situația de așteptare, ceea ce duce, treptat, la dezvoltarea în plan psihoneurologic, a echilibrului dintre excitație și inhibiție. Deosebit de important este că, prin folosirea procedurii respective, se facilitează introducerea intonației și a ritmului în citire, ca și în învățarea regulilor logico-gramaticale în activitatea lexico-grafică.

5.9. Citirea și scrierea pe sintagme. După cum se știe, dislexo-disgraficul are unele dificultăți și în înțelegerea celor citite sau scrise. Aceasta se datorează și faptului că el are tendința de a se concentra,

exagerat, asupra formei în care citește și a corectitudinii citirii, iar în scris, asupra modului în care realizează fiecare grafem din cuvântul respectiv și asupra reprezentării sale cât mai estetice, în detrimentul sensului și semnificației textului parcurs. Din aceste motive, dislexo-disgraficul trebuie învățat să sesizeze sensul celor citite sau scrise și să cuprindă, în câmpul său perceptiv, unitățile sintactice, sintagmatice, purtătoare de semnificații. În acest scop, devin deosebit de eficiente învățarea subiectului să împartă textul de citit pe unități logice, iar dictările și autodictările să se efectueze tot pe unități sintagmatice. O astfel de metodă, nu numai că ajută la înțelegerea celor citite sau scrise, dar contribuie la formarea deprinderilor lexico-grafice, prin facilitarea vitezei, legarea mai bună a grafemelor în cuvânt, evitarea săririi rândurilor ori repetarea lor la citit, evitarea suprapunerilor de rânduri, la scris, înlăturarea agramatismelor, dezvoltarea capacității de discriminare dintre fonem-grafem, fonem-literă, literă-grafem etc.

5.10. Exerciții de copiere, dictare și compunere. Se știe că cele mai frecvente greșeli se fac la compunere, deoarece logopatul nu mai are modelul în față (ca la copiere) și nici nu aude pronunția corectă a fonemului, pentru a face legătura cu grafemul corespunzător (ca în dictare). În plus, eforturile de formulare a ideilor și transpunerea lor grafică, cu respectarea regulilor gramaticale, abat atenția logopatului de la particularitățile scrierii, iar deprinderile, nefiind suficient consolidate, nu se realizează o coordonare sincronă între planurile mentale și cele kinestezico-motrice. Pe de altă parte, când logopatul își concentrează întreaga atenție asupra planurilor kinestezico-motrice, se produc dereglări la nivelul formulării logico-gramaticale – ceea ce face să sufere construcția frazei și încheierea textului. Or, o asemenea caracteristică devine și ea eroare specifică pentru disgrafie.

Copierea contribuie la realizarea deprinderilor motorii și la obișnuirea cu forma grafemelor și cu diferențele dintre ele. Pentru ca activitatea de copiere să aibă o eficiență sporită, este indicat să se dea, spre copiere, texte bine organizate, care vor fi analizate gramatical și semantic în prealabil și care se vor corecta imediat, insistându-se asupra greșelilor tipice.

Dictarea este mai dificilă pentru logopat decât copierea. Pentru ca ea să-și atingă scopul în terapia logopedică, trebuie alese texte scurte și organizate în funcție de posibilitățile logopatului. Este indicat ca textul să nu conțină cuvinte necunoscute, iar acelea care sunt mai dificile să fie explicate în prealabil. În cazul deficiențelor de intelect

sau senzorial, logopații pot fi atenționați, în timpul dictării, atunci când ajung la un cuvânt mai dificil sau la care ei comit erori frecvente.

Esențial pentru reușita copierii, dictării și compunerii este stabilirea unor raporturi tonifiante, dublate de încrederea subiectului în forțele proprii și în eficiența activității logopedice. Astfel, succesul și satisfacția reușitei creează logopatului confortul psihologic atât de necesar în terapia dislexo-disgrafiei.

6. Corectarea tulburărilor de vorbire se face înainte sau concomitent cu terapia dislexo-disgrafiei. Acest deziderat devine necesitate, dacă avem în vedere că majoritatea tulburărilor vorbirii orale se transpun în limbajul citit-scris. Cu cât tulburările de pronunție ori de ritm și fluență a vorbirii sunt mai accentuate și mai persistente, cu atât este mai necesar ca ele să fie corectate înaintea începerii activității terapeutice pentru înlăturarea dislexiei și disgrafiei. Dacă sunt manifestări fără însemnătate majoră și nu se reflectă, în mod evident, în citit-scris, atunci terapia lor se desfășoară concomitent cu cea a dislexo-disgrafiei. Desigur, și în acest caz se respectă principiul acțiunii de la simplu la complex, ceea ce facilitează obținerea unor rezultate pozitive rapide și, ca atare, logopatul se convinge de faptul că tulburările limbajului sunt pasagere, temporare, astfel câștigând încredere în forțele proprii și în eficiența activității logopedice.

7. Terapia dislexo-disgrafiei trebuie să vizeze, în egală măsură, dezvoltarea limbajului și stimularea activității psihice. Odată cu corectarea disgrafiei și dislexiei se poate realiza și dezvoltarea limbajului și stimularea întregii activități psihice. De fapt, acestea se realizează chiar și atunci când logopedul nu și-o propune ca obiectiv în activitatea sa, dar ea capătă alte valori calitative și cantitative, când este urmărită în mod sistematic și organizat. În acest sens, explicarea cuvintelor, a semnificației lor și a sensului propoziției cu care se exersează, ca și solicitarea subiectului să formuleze povestiri, compuneri, autodictări, facilitează stimularea activității psihice pentru transpunerea ideilor în planul comportamental-verbal.

Fenomenul poate fi pus în evidență atât la dislexo-disgrafici cu intelect normal, cât și la cei cu deficiențe de intelect și senzoriale, cu deosebire că la aceștia din urmă el este mult mai accentuat. Aceasta confirmă, încă o dată, dependența și relația nemijlocită dintre dezvoltarea psihică și bogăția vocabularului și a comunicării (exprimare și înțelegere), pe de o parte, iar pe de altă parte, faptul că,

dintre toate structurile psihismului uman, limbajul este cel mai sensibil la influențele educative. Pentru a putea urmări mai bine aceste elemente, ne vom referi la un experiment efectuat de noi și pe care l-am comentat, pe larg, într-un studiu publicat (E. Verza, 1982). Astfel, am alcătuit două grupe de subiecți handicapați de intelect și senzorial: prima grupă a fost cea de control, iar cea de-a doua grupă, experimentală, a fost supusă unui antrenament intensiv de dezvoltare a limbajului pe parcursul a trei luni, câte trei ședințe săptămânal. Ambele grupe au fost formate din câte 20 de subiecți, fiecare, și la care s-a calculat, în mod individual, Q.I. prin aplicarea WISC-ului, înainte și după încheierea antrenamentului verbal. Atât pentru subiecții din grupa de control, cât și pentru cei din grupa experimentală media Q.I.-lui era cuprinsă între 55-70. La calcularea ulterioară a Q.I.-ului, după cele trei luni de antrenament verbal intensiv cu grupa experimentală, am constatat că pentru grupa de control, variațiile Q.I. erau nesemnificative (media s-a menținut aproximativ la fel). În schimb, la grupa experimentală, ca urmare a progreselor obținute în dezvoltarea limbajului, am putut înregistra o îmbunătățire sensibilă a Q.I.-ului, acesta atingând o medie situată în limitele cifrelor 65-80. Odată cu aceasta, s-a putut pune în evidență o mai bună comunicare cu cei din jur și o reflectare, în plan verbal, mai exactă a realității celor comunicate, o racordare mai fidelă la realitate, prin folosirea unui limbaj mai bogat, chiar dacă unele expresii verbale aveau caracteristica de șablon.

O primă constatare semnificativă este aceea că, în dezvoltarea limbajului, diferențele sunt deosebit de importante de la un subiect la altul, în funcție de tipul de handicap și de gravitatea acestuia. Dat fiind faptul că la deficienții de intelect exercițiile de corectare a dislexo-disgrafiei se bazează (mai cu seamă pentru început) pe folosirea unor cuvinte mono- și bisilabice, dezvoltarea comunicării se face mai anevoios; progresele sunt edificatoare, însă, pentru handicapații de vedere, deoarece vocabularul mai bogat și structurarea frazei permit vehicularea unei informații apropiate de cea a normalului. Cu toate că achizițiile limbajului sunt mai mari, cantitativ, față de grupa de control, la debili mintal capacitățile de înțelegere și comunicare înregistrează un progres mai lent. La deficienții de vedere și de auz, din grupa experimentală, se formează, treptat, motivații mai clar conturate și se dezvoltă aspirații ce duc la instalarea deprinderilor cognitiv-culturale apropiate de cele ale persoanelor normale, ceea ce denotă funcționalitatea compensării deficienței senzoriale.

Handicapații de intelect utilizează defectuos, în comunicare, regulile gramaticale și vehiculează, mai cu seamă, noțiuni concrete, ceea ce dovedește lipsa de asociație în desfășurarea ideilor.

În general, însușirea și automatizarea folosirii cuvintelor sunt dependente de structura fonetică, de folosirea cât mai frecventă a cuvintelor în situații variate și de legarea lor de obiectele ce le semnifică, pentru a deveni cât mai funcționale. Dar greutatea în exprimare apar și ca urmare a modificărilor pe care le suportă cuvintele flexibile, a schimbărilor topice, sintactice și semantice.

Se știe că activitatea analizatorului verbomotor este dependentă și de modul cum funcționează analizatorul auditiv, pentru că el constituie suportul biologic al dezvoltării laturii fonetice a vorbirii. Dezvoltarea auzului fonematic, specific pentru discriminarea sunetelor, presupune integritatea analizatorului auditiv și este evident la copilul normal înaintea formării capacității articulatorii. La deficienții de auz, apar dificultăți în însușirea vorbirii, și în special a citit-scrisului, ca urmare a slăbelor posibilități de discriminare a componentelor fonetice ale cuvintelor. La surdo-vorbitori și hipoacuzici, apar, deseori, confuzii între consoanele sonore și cele surde, între siflante și șuierătoare, iar în scris-citit pot fi omise fie începutul, fie sfârșitul cuvintelor, apărând și încălcări ale regulilor gramaticale.

Având în vedere integritatea analizatorilor verbomotor și auditiv, cât și dezvoltarea intelectuală normală, handicapații de vedere au posibilități mai mari pentru însușirea limbajului. Dar se mențin și la ei o serie de dizabilități ce influențează nefavorabil structurarea activității psihice și, mai cu seamă, achiziționarea fenomenelor culturale mai subtile. Dificultățile provin și din greutatea în recepția și înțelegerea unor nuanțări ale limbajului, cauzate de imposibilitatea de a vizualiza mimico-gesticulația partenerului de discuție, care are un rol de completare a comunicării. În același timp, imposibilitatea imitării vizuale a mișcărilor articulatorii ale vorbitorului generează lipsa de sincronizare și modulare adecvată a aparatului fonoarticulator, specific pronunțării sunetelor și cuvintelor. Din cauza acestui aspect, sunt afectate unele sunete care presupun mișcări organice fine: r, s, ș, z, v, f, l etc. și unele cuvinte cu structură complexă. Sunt frecvente, de asemenea, deformările, omisiunile, substituirile și adăugirile atât la nivelul sunetelor, silabelor, cât și al cuvintelor. Când conținutul celor exprimate este mai dificil sau când conceptele cu care operează nu se pot raporta la imaginea concretă, apar, în procesul comunicării,

expresii parazite și dese repetări de sunete. S-a dovedit, experimental, de către o serie de autori – Pollack, Sumby, O'Neill, M. Durand – că lipsa percepției feței vorbitorului și a mișcărilor buzelor produce mari greutăți în receptarea vorbirii, ca urmare a neputinței de percepere și decodificare a conținutului semantic (P. Fraisse, J. Piaget, 1972, pag. 47), al comunicării non verbale (CNV) implicate în vorbire.

Învățarea citit-scrisului în Braille se face mai anevoios decât citit-scrisul obișnuit, nu numai pentru că este mai plină de dificultăți, dar și din cauza rezervelor reduse de vocabular ale handicapatului, a greutăților în receptia și exprimarea vorbirii, nepercepției reacțiilor interlocutorului și a slabei adaptări la contextul situației în care se desfășoară comunicarea. Dar, cu toate aceste dificultăți, handicapatii de vedere, printr-un efort constant și o motivație corespunzătoare față de comunicare, dispun de posibilități nelimitate în dezvoltarea structurilor verbale. La majoritatea handicapatilor de vedere, progresele sunt asemănătoare cu cele ale normalilor, dar eforturile sunt considerabile în această direcție.

În ansamblu, deși prin activitatea de antrenare verbală intensivă, handicapatii (indiferent de natura handicapului) capătă posibilități mai mari în exprimarea conținutului activității mentale, totuși comunicarea rămâne impregnată de aspectele emoțional-afective ce se produc în detrimentul cogniției. Comunicarea, în special la handicapatii de intelect, îmbracă forma prezentării globale a informațiilor în care textul laconic dobândește valențele necesare unei depline receptări și înțelegeri prin anticiparea de către auditor a subtextului. Datorită elementelor nesemnificative pentru conținutul comunicării, care abundă excesiv, se creează impresia că handicapatul este „bombardat” de impresii cu încărcătură emoțional-afectivă. Ca atare, comunicarea este centrată pe sens (când se evidențiază direcția) și nu pe semnificație, cum este normal. Cu toate acestea, progresele favorizează activitatea psihică atât prin solicitările și stimulările permanente, cât și prin achiziția de cunoștințe, ca urmare a explicării conceptelor și textului cu care operează.

8. Corectarea confuziilor de grafeme și de litere este o condiție de bază în terapia tulburărilor grafo-lexice. Noi ne-am referit, în paginile anterioare, la confuziile care se produc între fonem și grafem, pe de o parte, iar pe de altă parte, între fonem și litere, luând în considerație fenomenul de transpunere a tulburărilor vorbirii (de pronunție) în citit-scris. Dar merită o atenție aparte confuziile de

grafeme și litere, pentru că, la majoritatea formelor dislexo-disgrafice, întâlnim asemenea fenomene mai mult sau mai puțin accentuate. Un astfel de tip de confuzii se poate produce, fie în plan auditiv, fie în cel vizual și mai frecvent în ambele planuri – audio-vizual. Trebuie remarcat că deși în acest caz noi le analizăm separat de confuzia fonemelor, între cele două categorii de tulburări există o relație directă, așa cum am mai subliniat-o.

În terapia dislexo-disgrafiei, majoritatea autorilor, care au avut asemenea preocupări, insistă, în mod deosebit, pe înlăturarea confuziilor dintre grafeme, pe de o parte, și litere, pe de altă parte. De pildă, S. Borel-Maisonny (1966) pornește de la constatarea că dislexia (și disgrafia) este o entitate nozologică, strâns legată de tulburările în dezvoltarea limbajului. De fapt, tulburările din domeniul lingvistic, alături de tulburările de orientare spațială, de analiză a elementelor acustice și de cele cu caracter numero-ritmice, pot îmbrăca forme variate ce ajung, în cazurile grave, la tulburările funcției categoriale. Autoarea citată este de părere că în stabilirea asociației dintre grafem și sunet o contribuție însemnată aduce utilizarea gesturilor simbolice, care facilitează fixarea mintală a caracteristicilor lor. Un alt autor, Françoise Estienne (1971), își fundamentează metodologia sa corectiv-recuperativă pe formarea motivației și a interesului logopatului pentru activitatea grafo-lexică. O asemenea activitate se realizează, cu succes, în măsura în care subiectul este capabil să sesizeze faptul că grafemele corespund sunetelor și mișcărilor aparatului de emisie. În realitate, prin metoda lui Fr. Estienne se urmărește formarea, de la început, a deprinderilor corecte de citit-scris, ce evoluează progresiv, în măsura în care se dezvoltă structurile fonetice și cele spațio-temporale ale actului grafic. Folosirea procedurii contrastului, cu ajutorul cuvintelor și propozițiilor apropiate, contribuie la învățarea subiectului să aprecieze deosebirile și asemănările dintre structurile date. Astfel, se îmbunătățesc nu numai înțelegerea, dar și posibilitățile de manifestare ale comportamentului grafo-lexic. Pe aceeași linie, C. Calavrezo (1967) socotește că utilizarea unor cuvinte de legătură, care să-i faciliteze subiectului amintirea grafemului sau a literei, contribuie la o mai bună diferențiere și redare, iar metoda lui M. Chassagny, bazată pe folosirea „seriilor dictate”, vizează tot descoperirea analogiilor și deosebirilor dintre grafeme, litere și fonemele lor corespunzătoare.

Noi am constatat că cele mai frecvente confuzii ale unor litere și² ale fonemelor lor, care se produc din cauza analizatorului auditiv, sunt: p-b-m, t-d-n, p-b, f-v, s-ș, s-j, z-j, c-g, r-l, iar ca urmare a dificultăților analizatorului vizual, pot fi citate: m-n, u-n, p-b, a-o ș.a. Corectarea acestora va începe după ce ne-am asigurat că logopatul le poate emite corect.

Exercițiile pentru înlăturarea confuziilor dintre grafeme și litere trebuie să se efectueze astfel încât să se respecte principiul pe care l-am mai enunțat, al demersului de la simplu la complex. În acest caz, se vor folosi exerciții care să urmărească formarea capacității de discriminare, mai întâi, a grafemelor și literelor separate, iar apoi în combinații de cuvinte monosilabice, bisilabice și trisilabice. Este necesar să se folosească și grupurile diftongilor și triftongilor, pentru că la acest nivel au loc confuzii mai numeroase. Poziția ocupată, în cuvinte, de grafemele și literele afectate trebuie să varieze (la început, la mijloc, la sfârșit), pentru a-l obișnui pe subiect cu toate situațiile posibile. Ele pot fi marcate cu o culoare diferită de restul cuvântului, evidențiindu-se mai pregnant, în plan optic, și contribuind astfel, la o memorare mai rapidă.

Tot pentru o fixare mai bună a caracteristicilor grafemelor și literelor, se poate indica, prin săgeți, direcția buclelor și a formelor. Acestea pot fi exersate într-o ladă cu nisip sau pe sticlă. În același scop, utilizarea testului „citirii pe sticlă”, elaborat de Hepp Reymond și Marie Claude, permite o analiză mai amănunțită a înțelegerii structurii poziției literelor și a raporturilor dintre ele, a dezvoltării reprezentărilor de număr, a unor imagini și figuri desenate etc.

Noi am folosit, obținând rezultate pozitive, și *metoda expunerii scurte la tahistoscop* a unor litere, cuvinte mono- și bisilabice, a propozițiilor, cu și fără sens, pentru dezvoltarea capacității de analiză și sinteză, de atenție și memorare, ca și pentru învățarea deosebirilor și asemănarilor dintre grafeme. Aceeași metodă este eficientă și pentru formarea deprinderilor de citire rapidă; prin folosirea ei repetată, se înlătură dificultățile de percepție și se dezvoltă obișnuința de reprezentare a întregului prin perceperea unor elemente. Sporirea vitezei de citire este și un rezultat al dezvoltării câmpului vizual, antrenat prin metoda expunerii tahistoscopice sau prin discriminarea unor figuri de tipuri diferite (fig. 43,44 și 45).

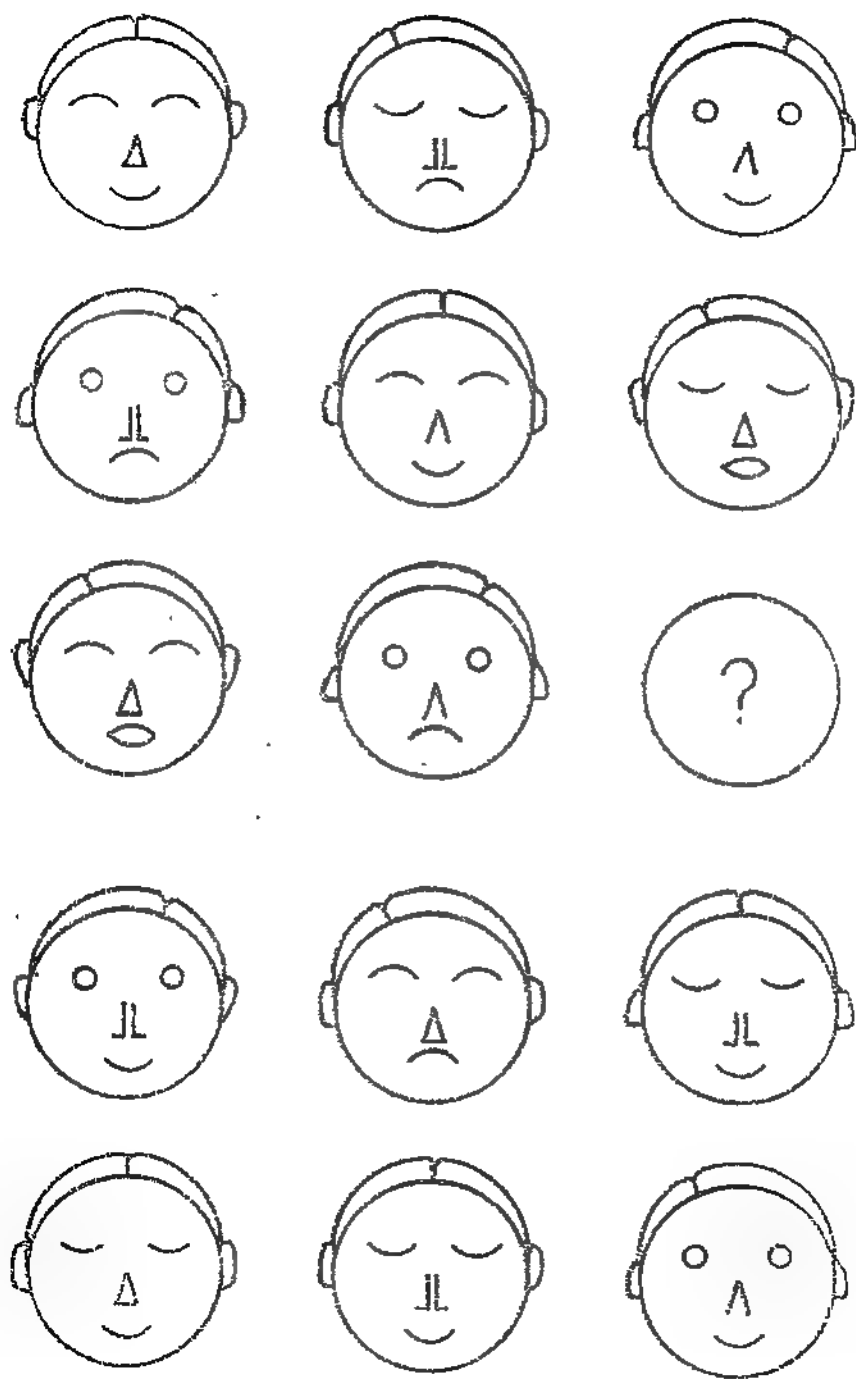


Fig. 43.

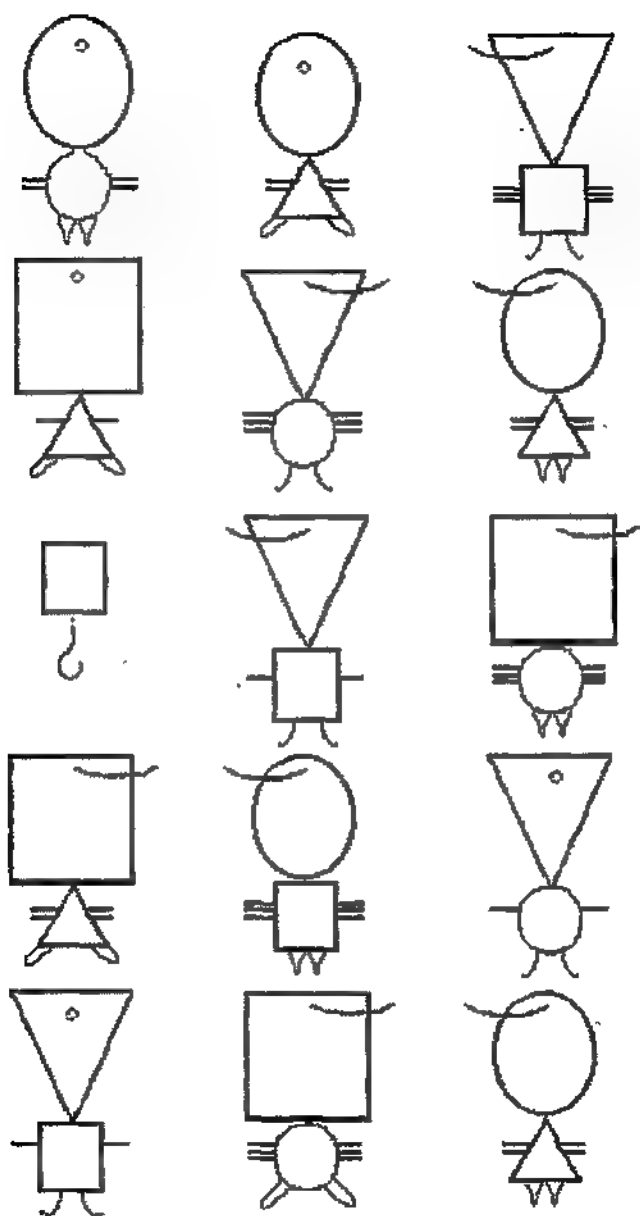


Fig. 44.

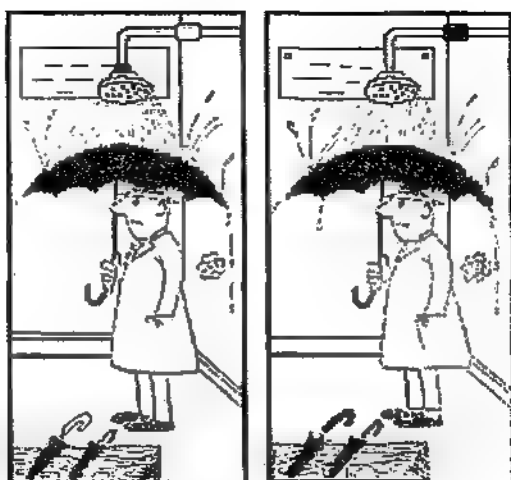


Fig. 45

Dacă avem în vedere dislexicii și disgraficii cu intelect normal, sub raportul conștientizării și al receptării terapiei logopedice, noi i-am împărțit în patru categorii: a) logopați care nu-și dau seama de deficiența pe care o au nici ei, nici alții; b) logopați care sesizează deficiența la alții, dar nu și la ei; c) logopați care își dau seama de deficiența respectivă, dar sunt incapabili de a o înlătura și d) logopați care sunt sensibilizați la deficiențele respective și fac progrese evidente în corectarea acestora. Handicapații dislexici și disgrafici, care se încadrează în ultima categorie, prezintă o serie de avantaje, deoarece activitatea logopedică de educare a limbajului citit-scris se desfășoară mai facil, iar rezultatele se obțin într-un timp mai scurt.

Este semnificativă, de asemenea, vârsta la care se începe activitatea de corectare. Unii specialiști în logopedie (Anne-Marie Fichot, 1967, Cl. Launay, 1965, M.E. Hvatțev, C. Calavrezo, 1967) subliniază necesitatea începerii corectării dislexiei și disgrafiei cât mai de timpuriu, chiar din clasa I, pentru a preveni formarea și dezvoltarea unor deprinderi greșite, negative în însușirea citit-scrisului.

În activitatea logopedică de corectare a acestor tulburări, C. Calavrezo folosește metode și procedee adecvate, legate de parcurgerea unor faze de către dislexici și disgrafici în însușirea citit-scrisului ce trebuie respectate pentru o terapie deplină.

Pe linia educării școlarilor dislexici și disgrafici în a învăța citit-scrisul se pot distinge trei etape principale:

1. Prima etapă se caracterizează prin însușirea, de către elevi, a primelor grafeme și litere, stabilindu-se, totodată, legătura lor cu fonemele respective, precum și cuprinderea acestor elemente în cuvinte scurte mono- și bisilabice.

Caracteristic pentru această etapă este confuzia fără regulă, întâmplătoare, în scris, a majorității grafemelor: a, m, n, u, p, c, d, t, o, i etc. și a fonemelor corespunzătoare acestor grafeme. În aceste condiții, școlarul poate să scrie orice grafem la pronunțarea unui fonem, sau invers, poate să denumească, la prezentarea unui anumit grafem, un alt fonem decât cel corespunzător. În scris, situația se prezintă în același fel, în sensul că pot avea loc confuzii asemănătoare, prin denumirea cu un alt fonem a unei anumite litere sau invers, indicarea altei litere decât cea corespunzătoare fonemului prezentat.

Confuziile cele mai frecvente se manifestă în timpul transcrierii grafemului sau al denumirii literei pe baza indicării unui anumit fonem, ceea ce înseamnă că perceperea se realizează mai facil decât transpunerea într-un anumit timp sau spațiu.

Desigur, asemenea fenomene pot fi observate și la copiii școlari care se află la începutul inițierii lor în citit-scris, dar deosebirea constă în faptul că la aceștia ele sunt trecătoare, în timp ce la dislexici și disgrafici se accentuează și se transformă în deprinderi negative, cu implicații dintre cele mai dăunătoare asupra rezultatelor școlare.

Din aceste motive, diagnosticarea și etichetarea școlarilor, în dislexici și disgrafici trebuie să țină seama de gradul de însușire a citit-scrisului într-un timp dat.

O altă caracteristică, pentru această etapă, se referă la incapacitatea dislexicilor și disgraficilor de a desprinde dintr-un cuvânt, în unele cazuri foarte simple, componentele lui fonematice. Aceasta se răsfrânge nefavorabil, atât asupra laturii receptive acustice a cuvântului, cât și asupra laturii sale semantice.

Așa cum am mai arătat, pentru învățarea citit-scrisului trebuie avute în vedere două aspecte importante, și anume: primul se referă la valorificarea legăturii stabile și fără echivoc între foneme, grafeme și litere, iar al doilea aspect implică dezvoltarea posibilității de a efectua analiza fonematică a oricărui cuvânt.

2. Etapa a doua începe odată cu realizarea unor progrese în direcția stabilirii legăturii dintre foneme și respectivele grafeme și litere. Acum, locul confuziilor întâmplătoare ale grafemelor este luat tot mai mult de acele confuzii ce se bazează pe principiul asemănării

acestora. Asemănarea grafemelor, poate fi, fie din punct de vedere fonematic, kinestezic și optic, fie din toate cele trei unghiuri (n-m).

Întrucât trecerea de la prima etapă la a doua nu se face brusc (ea are loc în mod treptat, iar legătura dintre foneme, grafeme și litere nu este consolidată), mai pot apărea, în unele cazuri, confuzii întâmplătoare, specifice pentru prima etapă.

Cele mai frecvente confuzii asemănătoare, caracteristice pentru această etapă, sunt cele de tipul: f-v, b-p, c-g, s-z, d-t, etc. ale căror foneme se găsesc, cum arată R. Jakobson și M. Halle (1956), două câte două, în opoziție principală surd-sonor. În opoziție asemănătoare se află și m-n, s-ș, l-r, țe-ce etc.

La citire, copilul dislexic, deși reușește să denumească literele, nu poate să le îmbine în structura cuvântului, nu poate, așadar, să-l citească. După o perioadă de familiarizare cu unele cuvinte întâlnite mai des, ele pot fi citite global sau chiar ghicite.

În citire, literele care se confundă, cel mai frecvent, din cauza asemănării lor optice, sunt: d-p-b, u-n, a-ă, m-n, t-ț etc. și invers. Tot pe principiul asemănării acustice, optice și ca sens, au loc confuzii și înlocuiri de cuvinte.

De asemenea, caracteristic pentru această etapă este faptul că dislexicii pot sări, în citire, rândul care urmează sau îl reiau pe cel pe care abia l-au terminat, fără a-și da seama, totdeauna, de greșeala comisă. Aceste fenomene au fost denumite de Morse și Daniels, cum s-a mai arătat, dislexie lineară.

A doua etapă se încheie cu formarea capacității elevului de a citi și scrie corect propoziții și fraze de o complexitate mai redusă, dar cu posibilități limitate în ceea ce privește compunerea și lectura unui text cu cuvinte mai puțin cunoscute.

3. Etapa a treia se caracterizează prin eliminarea greșelilor descrise mai sus și apariția posibilității de a parcurge și înțelege texte complexe, efectuarea unor compuneri coerente, logice fără greșeli semnificative. În unele cazuri, din cauza neconsolidării suficiente a deprinderii de a citi, se mai menține încă, un timp, citirea aritmică, sacadată, cu pauze mai lungi, adică o formă de bradilexie, cum a numit-o Claparède.

În această etapă, subiectul reușește să rețină sensul și semnificația, ceea ce face să crească posibilitatea de a reda cele citite. În paralel, dispar omisiunile de cuvinte, intercalările lor și, subiectul tinde să urmărească unitatea logică a ideilor citite sau scrise.

Deprinderile grafo-lexice formate trebuie supuse unui antrenament continuu, pentru dezvoltarea lor și pentru scutirea subiectului de un efort traumatizant. Dar durata antrenamentului se va baza pe capacitatea subiectului de a-și concentra atenția asupra activității pe o durată de timp limitat (fig.46).

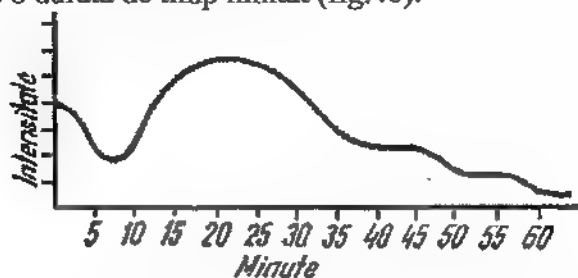


Fig. 46.

Pentru citit-scrisul în Braille, când toate metodele și procedeele descrise mai sus nu dau rezultatele scontate, considerăm că, dat fiind caracteristicile sistemului, se poate învăța, în etapa inițială, separat scrisul de citit, cu condiția ca întâi să se însușească cititul. În esență, două din multiplele caracteristici asigură succesul acestui procedeu: pe de o parte, se evită interferența deprinderilor motorii ale scrierii de la dreapta la stânga, iar pe de altă parte, cunoașterea tactilă a formei literei facilitează transpunerea ei în planul grafic. Un alt aspect, care merită atenție, este acela că multe din punctele ce formează semnele au forme simetrice și asimetrice. Această situație înlesnește producerea confuziilor. Ea poate fi depășită mai ușor prin învățarea mai întâi a cititului și prin găsirea echivalentului intuitiv al fonemului și al cuvântului, folosind o serie de procedee ideo-tactile sau ideo-auditive.

Un rol hotărâtor pentru formarea deprinderilor lexo-grafice în sistemul Braille este acela al dezvoltării autocontrolului. Mai cu seamă în scrierea punctiformă, conștientizarea greșelilor și a cauzelor care le-au generat asigură succesul terapiei logopedice. În sistemul Braille, folosirea dictărilor, în etapa de început, este mai indicată pentru că fixează mai bine atenția asupra particularităților semnelor, nefiind nevoie să se centreze pe conținutul textului dictat. Compunerile presupun deja unele deprinderi de scris, deoarece trebuie să fie atent și la semnificația celor exprimate și nu numai la forma grafică. De fapt, prin aceasta se respectă principiile predării citit-scrisului după metoda fonetico-analitico-sintetică.

Referindu-se la diferite categorii de copii handicapați, în reeducarea scrisului, J.de Ajuriaguerra (1980) și colaboratorii disting o categorie de tehnici pregătitoare, în care includ destinderea generală, tehnicile pictografice și tehnicile scriptografice, iar alta, de metode propriu-zise, cu examinarea unor probleme ce privesc învățarea formei literelor și integrarea lor în cuvinte, formele care favorizează scrisul, rolul apăsării în activitatea grafică, funcția ritmului, formarea vitezei de scris și problemele scrisului personal. În acest caz, sunt preconizate mai multe tipuri de exerciții care se adresează atât copiilor ce sunt la începutul învățării scrisului, cât și acelor care manifestă tulburări grafice sau au nevoie de o activitate logopedică, menită să ducă la perfecționarea și dezvoltarea abilităților de scris. Autorii citați consideră că atunci când la același subiect, pe lângă disgrafie, există și dislexie, se impune mai întâi corectarea tulburării de citit și numai în cazuri izolate să se facă paralel. Ținând seama de specificul limbii române, experiența noastră ne-a dovedit că o terapie paralelă a disgrafiei și dislexiei este mai avantajoasă, deoarece, acționând asupra înlăturării uneia, implicit se ajunge și la corectarea celeilalte. Pe de altă parte, într-un fel sau altul, existența unei forme presupune dificultăți și în planul celeilalte. Indiciul cel mai de seamă al unei asemenea situații este acela al prezenței disortografiilor, confuziilor, omisiunilor și inversiunilor.

În terapia disgrafiei și a dislexiei, rolul esențial îl au factorii psihopedagogici care imprimă și metodicii un asemenea curs, încât tulburările citit-scrisului sunt privite ca făcând parte din ansamblul modificărilor caracteristicilor de personalitate. Din aceste motive, terapia trebuie să vizeze, în egală măsură, înlăturarea handicapurilor citit-scrisului, cât și dezvoltarea personalității. Dar activitatea logopedică nu se limitează numai la terapia tulburărilor de limbaj, ci trebuie extinsă și asupra prevenirii acestora. În acest context, colaborarea cu școala și familia asigură o dezvoltare normală copilului și perspectivelor formării sale pentru viață. Psihopedagogia este chemată să-și aducă o contribuție mai mare la elaborarea unei metodologii care să pună în evidență modele aplicative, sporind eficiența procesului instructiv-educativ de formare și dezvoltare armonioasă a personalității.

Logopedul trebuie să aibă în vedere, la stabilirea metodologiei de corectare, dacă dislexo-disgrafia aparține unui copil care nu a putut să-și însușească citit-scrisul în condiții normale de instruire sau s-a fixat, ca o deficiență, la un adult ce și-a pierdut, dintr-un motiv sau

altul, facultățile respective. Acest deziderat trebuie respectat, date fiind diferențele specifice dintre cele două cazuri ce se produc în plan psihologic, lingvistic și socio-cultural. La primele două planuri se referă și Critchley. Se poate avea în vedere că adultul care a posedat cândva posibilitatea de a scrie și de a citi rămâne, de cele mai multe ori, cu un vocabular pasiv relativ bogat și dispune de o serie de mijloace de comunicare nonverbale care suplinesc, la nevoie, facultatea pierdută. În schimb, apare o serie de dereglări în plan psihologic și, mai cu seamă, în plan socio-cultural. La copilul care nu a reușit să-și dea seama de importanța funcțiilor respective, trăirea în planul personalității este mai simplificată și nu atât de complexă încât să-i deregleze întregul subsistem psihocomportamental. Ca atare, în cazul adultului, terapia dislexo-disgrafiei va fi axată, în principal, pe componentele psihologice, dar fără să se negligeze corectarea propriuzisă a limbajului. Dacă cele două cazuri, la care ne-am referit, sunt dublate de o altă deficiență (apărută înaintea tulburării de limbaj sau în urma acesteia), fie de intelect, fie senzorială, fie psihică, atunci terapia recuperatorie trebuie să vizeze, în egală măsură, toate mijloacele compensatorii și de ajustare (educare) a funcțiilor ce se supun acestor influențe pozitive. Asistența calificată este indispensabilă; altfel, nu numai că nu se înregistrează progrese, dar involuția devine tot mai evidentă pe măsura trecerii timpului.

O ultimă problemă, pe care dorim să o punem în încheierea acestui capitol, este aceea a adaptării tehnicilor terapeutice la particularitățile logopatului sau invers, canalizăm și formăm subiectul pentru a face față cerințelor metodologice. Categorie, tehnicile terapeutice trebuie alese în așa fel încât să se potrivească caracteristicilor subiectului, de care este necesar să ținem seama și pe care le-am enunțat la începutul capitolului. Așadar, nu vom trata numai tulburarea limbajului, ci întreaga personalitate, pentru a se putea dezvolta integru și armonios. În același timp, subiectul trebuie direcționat astfel încât să fie capabil să recepționeze, în mod activ și conștient, influențele terapeutice și să-și adapteze întregul comportament la eficacitatea acestora. De aici, subliniem existența unui prognostic favorabil în disgrafie și dislexie ce depinde și de pricepera logopedului, de pregătirea, de dăruirea și de competența sa, care devin, în final, elemente hotărâtoare ale terapiei logopedice. Nu trebuie să pierdem din vedere că de rezultatele terapiei logopedice, depinde, de cele mai multe ori, traiectoria adoptată de subiect în activitățile de tip formativ și nu în ultimul rând, evoluția sa psihică.

F

vorbi
voca
logic
parc
man
cele
scri
vari
și c
scri
pe
der
act
tra
tin
în
sul
nu
gr.

m

CAPITOLUL XIV

RELAȚIA DINTRE TULBURĂRILE VORBIRII ORALE ȘI CELE ALE SCRIS-CITITULUI

Așa cum există un raport de dependență între dezvoltarea vorbirii orale și evoluția citit-scrisului, între calitatea, bogăția vocabularului, ușurința de a construi fraze, de a înșirui și reda ideile logico-gramaticale și eleganța transpunerii acestora în actul grafic ori parcurgerea rapidă și înțelegerea celor citite, cu exactitate, se manifestă, în același context, o relație între tulburările vorbirii orale și cele ale actului lexico-grafic. Astfel, sunt transpuse în limbajul citit-scris acele tulburări ale vorbirii orale, care au o simptomatologie mai variată, mai gravă și cu impact mai devastator în planul personalității și comportamentului. De aici, rezultă că diagnoza tulburărilor citit-scrisului nu poate fi efectuată în mod corect, fără a lua în considerare, pe lângă factorii simptomatologici și etiologici, și impactul dereglărilor vorbirii orale asupra formării deprinderilor și stăpânirii actului lexico-grafic. Desigur, nu toate tulburările vorbirii orale se transpun în citit-scris în mod egal, unele au o incidență mai mare, în timp ce altele pot fi rezumate numai la planul general al unor retardări în achiziția abilităților respective. Dar, pe de altă parte, se impune sublinierea unui principiu, și anume acela că tulburările vorbirii orale nu favorizează dezvoltarea constantă și motivată a actului lexico-grafic.

Dintre categoriile tulburărilor vorbirii orale, care se transpun în mod nemijlocit în actul citit-scrisului, menționăm tulburările de

pronunție (dislaliile, rinolaliile și disartriile) și tulburările de ritm și fluență a vorbirii (bâlbâielile, logonevrozele, tabilaliile, bradilaliile, tulburările pe bază de coree, aftongia, tumultus sermonis); celelalte categorii de tulburări influențează – desigur – negativ citit-scrisul iar în altele, cum este afazia, tulburările citit-scrisului constituie simptome ale acestui complex fenomen. În mod deosebit, ne vom referi la tulburările vorbirii, care se transpun în actul lexico-grafic, adică la cele de pronunție, de ritm și de fluență.

O asemenea împărțire a tulburărilor de vorbire se bazează pe principalele categorii ale handicapurilor de limbaj.

Este clar că oricare dintre tulburările de vorbire, dar mai cu seamă când sunt grave și apar de timpuriu, au efecte negative asupra însușirii citit-scrisului și asupra dezvoltării deprinderilor necesare. Când dislexia și disgrafia coexistă cu alte tulburări de vorbire sau când tulburările citit-scrisului sunt amplificate de acestea, se poate aprecia existența unei debilități generale pentru limbaj, cu implicații nefaste atât în sfera expresiv-receptivă, cât și în evoluția sistemului psihic al individului. Fenomenul cel mai evident, în asemenea cazuri, este acela al disgramatismului. Nadoleczny și Arnold au urmărit fenomenul disgramatismului la dislexicii și disgraficii care manifestau tulburări de tip articulatoriu și de ritm în citit-scris sau la cei care aveau dificultăți în ambele planuri ale limbajului (scris și oral). Arnold este de părere că bâlbâiala (și fenomenele ei secundare) nu se înrudește, nemijlocit, cu disgrafia și dislexia, nici din punct de vedere al etiologiei și nici din punct de vedere al consecințelor. Simptomatologia caracteristică bâlbâielii se poate constitui ca o expresie suplimentară și paralelă a deficitelor de aptitudine. De aici, tulburări combinate ce sunt provocate de „sindromul supraordonat al debilității congenitale pentru vorbire” (G.E. Arnold, 1970, pag. 518-519).

„Spre deosebire de alte tulburări de vorbire, dislalia este, deseori, legată de dislexie-disgrafie. Astfel, sigmatismul și parasigmatismul, rotacismul și pararotacismul, lambdacismul și paralambdacismul constituie forme de dislalie parțială, care sunt cel mai frecvent reflectate în citit-scris. La subiecții dislalici, la care apar fenomene de scădere a percepției auditive, cu consecințe negative asupra memorării auditive, se accentuează dislalia, cu repercusiuni și în limbajul citit scris” (E. Verza, 1977, pag. 84).

Cu cât o tulburare de vorbire este mai frecventă, cu atât ea are efecte mai nefavorabile în actul lexico-grafic. Dacă o asemenea tulburare s-a instalat înaintea însușirii citit-scrisului, formarea deprinderilor corecte se face mult mai anevoios, pentru că există tendința ca tulburările din vorbire să se transpună în scris. În ce privește cititul, transpunerea tulburării este directă, chiar dacă în unele cazuri aceasta se manifestă sub o formă mai atenuată decât în vorbire. Dintre tulburările de limbaj, dislalia are cea mai mare frecvență atât la indivizii cu intelect normal, cât și la cei cu deficiențe senzoriale sau mintale. La vârste mici, tulburările de pronunție, pe lângă faptul că au o frecvență mai mare, ele sunt și mai accentuate. Unele dintre tulburările de pronunție dispar pe măsura înaintării în vârstă a persoanei. Dar sunt și forme care au tendința de a se stabiliza și consolida, cu efecte deosebit de negative asupra citit-scrisului, mai cu seamă în perioadele școlarității mici și pubertății. Dacă în perioada antepreșcolară, tulburările de pronunție nu constituie întotdeauna semnale de alarmă, persistența acestora la vârsta preșcolară, și mai târziu, necesită, fără îndoială, intervenții logopedice pentru a împiedica stabilizarea și formarea unor deprinderi deficitare de pronunție. La copilul antepreșcolar, dislalia este de natură fiziologică, ca urmare a nedezvoltării suficiente a aparatului fonoarticulator și a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii. Dar, după vârsta de 3-4 ani, aceste sisteme devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunție corectă. În cazurile când deficiențele de pronunție se mențin și după această vârstă, trebuie luată în considerație o etiologie, care, de cele mai multe ori, este complexă și care influențează și alte paliere psihice și funcționalitatea normală a limbajului. Fenomenul se complică în situația unor structuri fragile ale sistemului nervos central. De cele mai multe ori, apariția tulburărilor de articulație, la vârste mature și chiar la cele ce depășesc vârsta școlară mică, sunt provocate, de asemenea, de cauze care, într-o formă sau alta, dereglează întregul sistem al comportamentului verbal.

Dislalia, ca tulburare de articulație-pronunție ce se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea, înlocuirea și inversarea sunetelor, se transpune în citit și în scris, prin fenomene similare la nivelul literelor și grafemelor. În cazurile grave de dislalie, astfel de fenomene se produc și la nivelul silabelor și chiar al cuvintelor – ceea ce lasă urme și în activitatea lexico-grafică.

În dislalie, ca dealtfel și în celelalte tulburări de pronunție, sunetele nu sunt afectate în mod uniform. Unele din acestea sunt

afectate, cu o frecvență mai mare, iar altele numai rareori se manifestă defițitar. Dintre sunetele mai frecvent afectate pot fi citate cele care apar mai târziu în vorbire, cum sunt: vibranta r, africaterle ț, ș, ț, siflantele s, z și Ńuierătoarele ș, j. Vocalele și în primul rând a, e, u, ca și unele consoane (b, d, t, m, n), ce apar de timpuriu în vorbirea copiilor, sunt mai rar tulburate. Cele din prima categorie sunt, deseori, înlocuite sau omise în scris și mai ales deformate în citit. Mai frecvente sunt confuziile grafemelor și fonemelor produse pe baza principiului asemănării lor optico-acustice: d-p, d-b, s-ș, o-a, i-î, m-n, c-g, s-z, ce-ci. Când sunt prezente și tulburări ale auzului și văzului, fenomenele respective se produc mai des și mai pregnant. Ele au o mare labilitate și în cazurile de deficiență de intelect sau în tulburările psihice. De subliniat că, atunci când pe lângă dificultățile de pronunție apar și tensionări psihice, se produc ezitări la unele cuvinte sau încercări de evitare a așa-numitelor cuvinte „critice”, ce se reflectă în actul lexico-grafic prin nesiguranță, slabă organizare, prin lipsa uniformității, prin omiterea de cuvinte etc. Fenomenele de substituire, omisiune și inversiune a literelor și grafemelor din limbajul citit-scris, ce se transpun din cauza tulburărilor de pronunție, apar pe baza principiului asemănării, apropierii și contagiunii. Transpunerea fenomenelor dislalice în citit-scris, pe baza asemănării, se produce atât pe cale auditivă, cât și vizuală. Dintre aceste fenomene, frecvența cea mai mare o au omisiunile și substituirile – ceea ce face ca și în citit-scris să se manifeste adeseori. Dar, la nivelul vorbirii orale inversiunile se produc frecvent între sunete și mai rar între cuvinte, iar în scris, inversarea este mai frecventă, la nivelul cuvintelor. Totuși, transpunerea fenomenelor de pronunție în scris-citit nu este obligatorie în toate cazurile. O dovadă, în acest sens, o constituie faptul că sunt situații în care se manifestă tulburări de pronunție, fără să fie însoțite de disgrafie sau chiar de o dislexie propriu zisă.

Un alt fenomen care se manifestă cu o frecvență mai mare în limbajul scris, spre deosebire de pronunție, este acela al adăugirii de grafeme. De fapt, s-a dovedit, experimental, că transpunerea defectelor de pronunție și în special omisiunile, înlocuirile și adăugirile au o pondere diferită în limbajul scris, în funcție de vârstă și de nivelul dezvoltării psihice. Dacă avem în vedere rolul jucat de maturitatea auditiv-perceptivă atât în însușirea corectă a pronunției, cât și a limbajului scris-citit, putem deduce că în deficiențele senzoriale și psihice tulburările de pronunție coexistă, mai ales, cu cele ale scris-cititului. Fenomenul se complică în varietate și

dificultate, atunci când la cei cu tulburări de pronunție, cât și la dislexo-disgrafici se constată deficiențe vizual-auditive, vizual-kinestezice și vizual-tactil-kinestezice. Legătura deficitară dintre recunoașterea formei simbolului vizual și caracteristicile lui acustice se manifestă nu numai la persoanele cu tulburări senzoriale, dar și la cele normale care sunt afectate de disgrafie-dislexie. În fapt, dificultățile pe care le întâmpină unii copii, în efectuarea operațiilor gândirii (analiză-sinteză, abstractizare-generalizare), trebuie căutate nu numai în probleme de idee, dar și în planul lingvistic. Maturizarea corticală este un factor hotărâtor pentru explicarea activității psihice, dar nu suficient – pentru că educația, ca și corectitudinea sau incorectitudinea în desfășurarea unor funcții pot imprima forme comportamentale mai mult sau mai puțin evolute. Posibilitățile lingvistice specifice organizării sistemului nervos central trebuie solicitate și exersate încă din prima copilărie; altminteri, ele se reduc, nemaiputând atinge performanțele obișnuite. Încă de timpuriu, formarea deprinderilor de operare cu semne și simboluri facilitează înțelegerea și prelucrarea informațiilor cu care vine în contact, contribuind la dezvoltarea funcției semantice.

Din cauza deficiențelor auzului fonematic, tulburările de pronunție, care se transpun în limbajul scris-citit, sunt de tipul inversării grafemelor, al înlocuirii acestora, ca urmare a confuziei fonemelor sonore cu cele surde, al omisiunilor de litere, silabe și cuvinte și, mai ales, se manifestă prin adăugarea de terminații sau prin contopirea cuvintelor. Referindu-se la relația dintre dislalie și dislexie, Critchley subliniază greșeli de tipul: incapacitatea în pronunțarea cuvintelor nefamiliare sau încercarea de a ghici structura lor fonetică, dificultăți în realizarea diferențierii dintre cuvintele relativ asemănătoare, în scris și pronunție, dificultăți în discriminarea diferențelor auditive ale cuvintelor și literelor, neînțelegerea integrală a celor rostite, inversarea literelor, interpolarea unor foneme nepotrivite, inversarea literelor, omisiunea de foneme și cuvinte, plasarea greșită a accentului în cuvintele polisilabice, lipsa articulării unor cuvinte ș.a. Din punct de vedere psihologic, este interesant fenomenul de înlocuire a unui cuvânt prin altul, în scris și citit, deoarece se poate surprinde mecanismul intern de elaborare a ideilor și asociațiilor dintre ele. Cuvântul înlocuitor poate apărea atunci când subiectul nu identifică cuvântul citit sau cel ce trebuie scris, pe de o parte, iar pe de altă parte, atunci când subiectul realizează numai semnificația lui parțială, fapt care provoacă asociația unui alt cuvânt,

care poate fi chiar sinonim, la bază stând mecanismul intern de producere a ideilor și de decodificare a mesajelor citite.

Transpunerea tulburărilor de pronunție în scris și mai cu seamă a celor grave, de tip disartric sau al dislaliei generale, este foarte pregnantă în dictări și compuneri, dar poate să se manifeste și în copierea unui text. În asemenea cazuri, abundă fenomenele disortografice, ce fac de multe ori ilizibil textul. Dificultățile de natură acustică, foarte des incriminate în tulburările de pronunție, pot constitui, în același timp, factor etiologic al transpunerii dislaliei în limbajul scris-citit. Ele accentuează fenomenele disortografice și imprimă greșelilor de citire o manifestare foarte labilă. Dacă la aceste dificultăți acustice se adaugă leziuni organice, disortografia, în special, dar și alte forme ale tulburărilor limbajului îmbracă caracteristici pregnante de involuție sau, în cel mai bun caz, de stagnare.

Unii autori, printre care M. Seeman (1965, pag. 6), consideră că tulburările de tip dislalic, și în special cele grave, apar și pe baza factorului ereditar. Pe linie paternă, se apreciază că trăsăturile respective se transmit mai frecvent, dacă li se asociază și insuficiențe motorii, ceea ce face ca tulburările să nu rămână numai la nivelul pronunției, ci să se extindă și pe alte paliere ale limbajului. Că atare, sunetele afectate în pronunție au o mai mare semnificație defectologică și se transpun mai facil în limbajul scris-citit. Când tulburările de pronunție se produc și la nivelul silabelor și cuvintelor, aproape întotdeauna au loc și perturbări ale ritmului vorbirii, cu efecte directe în citit-scris. Astfel de situații apar și în vorbirea disartrică, la care se adaugă o rostire confuză, disritmică, disfonică, monotonă, cu rezonanță nazală ce se manifestă în citit, dar și perturbă, profund, scrisul, caracterizat printr-o particularitate generală, și anume aceea a ilizibilității acestuia.

În rinolalie, consoanele explozive, și mai cu seamă cele surde, sunt înlocuite cu unele sunete care, de cele mai multe ori, nu pot fi deslușite, fapt care se reflectă în scris prin netrasarea clară a contururilor grafemelor și printr-o mare labilitate a formei de redare grafică. Din cauza faptului că deseori b este înlocuit cu m, d cu n, iar t este omis, dar în scris se transpune în unele situații, se dă impresia că asemenea confuzii sunt paradoxale. Sunt, în schimb, favorizate, în scris, confuzia consoanelor c-g, deoarece în vorbirea rinolalică sunt înlocuite cu sunete asemănătoare celor parazite (î). Același lucru se

sporesc omisiunile sau adăugirile grafemelor corespunzătoare în scris. Dar fenomenul cel mai accentuat, care se manifestă în planul grafic, determinat de rinolalie, este acela al confuziei grafemelor m-n, din cauza faptului că, în majoritatea cazurilor, sunetele respective sunt afectate de pronunție.

Adeseori, apar tulburări de tip dislexo-disgrafic, care pot fi explicate prin cerința expresă, ce se formulează față de copii, în școală, de a folosi limba cultă (mai ales în scris și citit) și tendința acestora de a transpune unele regionalisme din limbajul oral în cel scris. Acest fenomen produce o oarecare nesiguranță și creează optica ghicirii unor cuvinte în citire și scriere. Totuși, un asemenea fenomen dispare, pe măsura înaintării în instruire, dar se poate menține negativismul față de activitatea grafo-lexică, ca urmare a sancțiunilor repetate la care a fost supus subiectul în perioadele când manifesta dificultățile respective. De fapt, citirea și scrierea, realizate cu satisfacție și din plăcere, constituie un indiciu al dispariției tulburărilor grafo-lexice.

Comparativ cu tulburările de pronunție, cele de ritm și fluență ale vorbirii sunt mai grave atât în ceea ce privește efectele lor nefavorabile, în planul personalității, cât și din punctul de vedere al influențelor negative pe care le au asupra activității lexico-grafice. Această caracteristică este accentuată de faptul că tulburările de ritm și fluență afectează, în mod deosebit, nu numai comunicarea, dar și înțelegerea, nu din lipsa suportului intelectual, ci din cauza tensiunilor psihice trăite de subiect și a dificultăților sale de a depăși momentele critice legate de expresia verbală. De aici, și dificultățile sporite în formularea ideilor și a gândurilor în limbajul scris. Repetarea sunetelor și silabelor, caracteristică bâlbâielii, determină, în unele cazuri, situații similare în scris-citit, ce se adaugă la dificultățile de formulare a ideilor. Mai des sunt afectate silabele cu mare frecvență în vorbire (pl, bl, cr, că, si) sau sunetele ce apar mai târziu în ontogeneză și sunt mai puțin consolidate (r, s, ș, z). La unii handicapați, apar sunete sau silabe parazite ce sunt intercalate în vorbire, producând un efect dezagreabil. În cazul adulților și adolescenților, se poate observa prezența unor șiretlicuri, prin folosirea pauzelor exagerate, dând impresia că se gândesc la ceea ce spun, dar în realitate ocolesc cuvintele „critice” și caută să găsească cuvinte care pot fi emise mai ușor. Spasmele de la nivelul aparatului fonoarticulator sunt însoțite de mișcări ușoare ale buzelor, grimase, încordări ale feței și chiar ale întregului corp, gesticulații sau rigiditate exagerată. Toate acestea sunt

vădite în citit, iar în scris determină apariția de crampe și executarea inegală a grafemelor.

Sunt evidente, în toate formele tulburărilor de ritm, reacțiile secundare, ca efect al încordării și suprasolicitării sistemului nervos. La acestea, se adaugă trăirea dramatică a deficienței în plan psihic. Printre acestea, sunt manifestările neurovegetative, schimbarea culorii feței, transpirație, crește agitația și nervozitatea, respirația devine scurtă și întreruptă – ceea ce provoacă, în actul grafo-lexic, mișcări de prisos și nesincronizarea acelor acțiuni absolut necesare pentru redarea grafică. Pe măsură ce tulburările de ritm și fluență se stabilizează, cum este cazul adulților, dereglările în plan grafic se accentuează prin instalarea unor deprinderi greșite. În astfel de situații, oboseala fizică și psihică se face simțită mai repede, iar conjugarea ei cu sancționarea negativă a greșelilor poate determina, la elevi, reacții de repulsie față de activitatea grafică.

Data fiind legătura strânsă dintre bâlbâială și logonevroză, odată cu instalarea acesteia din urmă, se imprimă scrisului un caracter nervos, colțuros, cu lipsa legăturii dintre grafeme și cu o plasare dezordonată în spațiul paginii. Ca atare, disgrafia îmbracă un caracter nevrotic ce se extinde, treptat, și asupra celorlalte comportamente ale individului. Din punct de vedere simptomatologic, bâlbâiala și logonevroza sunt foarte asemănătoare, dar de cele mai multe ori logonevroza este mai accentuată decât bâlbâiala. În majoritatea cazurilor, logopatul trece de la bâlbâială spre logonevroză. Bâlbâiala se transformă în logonevroză, atunci când există sau apare pe un fond nevrotic, ca urmare a conștientizării handicapului și trăirii acestuia ca o dramă, ca un moment de frustrare a posibilităților pe care le are individul, ceea ce se reflectă în întregul comportament. Bâlbâiala este un fenomen mai mult de repetare a sunetelor, silabelor și cuvintelor, fenomen ce se transpune într-o formă oarecare și în citit, iar în scris el poate fi absent sau se manifestă foarte atenuat. Dar logonevroza presupune modificarea atitudinii față de vorbire și de mediul înconjurător, în general. Se resimte, în același timp, prezența spasmelor, a grimaselor, a încordării și a unei preocupări exagerate față de toate formele limbajului. La persoanele nevrozate sau psihonevrozate, factorii nocivi (mai cu seamă traumele psihice, stresurile) pot provoca, în același timp, și destrămarea stereotipului dinamic al actului grafic.

Prezența ticurilor nervoase sau coreice, caracteristice tulburărilor de vorbire pe bază de coree ori a hiperexcitabilității și

instabilității nervoase ce apar în tahilalie, ca și a inhibiției exagerate în cazurile de bradilalie, imprimă activității grafo-lexice un ritm rapid în detrimentul formei și ordinii sau un ritm prea lent, în care preocuparea pentru formă nu se corelează cu conținutul celor comunicate. Și într-un caz și în altul, apar crampe, încordări, ezitări, lipsă de uniformitate și frecvente oscilații de la o exprimare cu un conținut familiar la unul care necesită un efort mai mare pentru pronunție.

Spre deosebire de tulburările de pronunție și de ritm, handicapurile de voce nu se reflectă în mod direct în scris, dar ele sunt prezente în citit. Actul grafic este influențat de tulburările de voce, atunci când ele sunt trăite ca drame în planul personalității și când, de fapt, afectează comportamentul general al individului. În aceste cazuri, scrisului i se imprimă un caracter de infantilism, în care transpar stări emoționale exagerate. De obicei, aceste fenomene se resimt mai pregnant pe fondul unui disconfort psihic, iar când există un climat favorabil subiectului, deprinderile de scris-citit se dezvoltă normal.

Dar implicațiile cele mai profunde în actul scris-cititului le au tulburările polimorfe, acestea fie că împiedică formarea deprinderilor grafo-lexice, fie că determină dereglări profunde și extinse în toate laturile scris-cititului. Așa de pildă, în alalie, este afectat atât limbajul impresiv, cât și cel expresiv, iar alalicul nu emite decât unele sunete sau, în situații fericite, câteva cuvinte izolate. Ca urmare, însușirea limbajului scris-citit nu se poate face decât odată cu folosirea terapiei recuperatorii care să vizeze, în primul rând, dezvoltarea limbajului oral. Desigur, învățarea scris-cititului se poate face odată cu dezvoltarea vorbirii, numai că achizițiile sunt lente și pentru faptul că, la unii alalici, este tulburată înțelegerea comunicării. Trougolt este de părere că la alalicii motor apar tulburări ale înțelegerii vorbirii, în 10% din cazuri, în 20% este scăzută, iar în 70% este normală. În schimb, la alalicii senzorial, procentul tulburărilor vorbirii este mult mai ridicat, ceea ce face ca și învățarea scris-cititului să se facă cu mai multe dificultăți. Pe măsură ce se învață scris-cititul, la toate categoriile de alalici se manifestă fenomene de tip dislexico-disgrafic, care sunt, la rândul lor, favorizate de instalarea, în timpul înlăturării alaliei a unor tulburări de pronunție și de ritm-fluență. Particularitățile generale ale alalicilor, cum sunt: lipsa de expresivitate, rigiditatea în mișcări și comportament, dezinteresul pentru activitate, voința scăzută, deficitele de atenție și de percepție etc., influențează negativ însușirea scris-cititului și formarea unei motivații superioare pentru învățare. Cu toată

complexitatea alaliei, prognosticul în terapia ei este favorabil, depinzând de calitatea metodelor și procedeele aplicate, iar în lipsa unor deficiențe cumulate, cum sunt cele de auz și de intelect, există posibilitatea învățării limbajului (și a celui scris-citit) și a dezvoltării activității psihice. (E. Verza, 1969).

În timp ce alalia constituie un handicap ce determină imposibilitatea dezvoltării normale a vorbirii, și, deci, poate fi pusă în evidență înaintea constituirii structurilor limbajului, afazia apare ca urmare a pierderii funcțiilor limbajului și este frecventă la vârstele adulte sau la bătrânețe, persoanele respective fiind supuse, adeseori, factorilor nocivi care o determină. Dat fiind faptul că afazia provoacă modificări masive și profunde în sfera limbajului (expresiv și impresiv) și a personalității, specialiștii i-au acordat cea mai mare atenție (A. Kreindler, A. Fradis, 1970). Pornind de la concepția dinamică asupra afaziei, introdusă de Jackson (1951), analiza principală este concentrată asupra raportului dintre gândire și limbaj, reușind să se scoată în evidență că în primul rând sunt alterate funcțiile mai complexe și mai voluntare ale vorbirii, iar cele inferioare și automatizate au o perioadă de conservare mai îndelungată. Dar, pentru că este afectat și limbajul interior, dereglările se extind și asupra desfășurării gândirii. De aici, se poate deduce că afazia provoacă tulburări care nu se opresc numai la nivelul vorbirii, ci se extind și asupra scrisului, cititului și asupra formulării simbolice. Ele sunt agravate de deficiențele din planul motricității, al memoriei mișcărilor, discriminării perceptiv-auditive a sunetelor elementare, de creștere a irascibilității și de tulburările de personalitate.

În mai toate formele de afazie se produc o serie de simptome ce privesc, nemijlocit, comportamentul verbal și care ori imprimă dereglări profunde în activitatea grafo-lexică ori, pur și simplu, determină pierderea capacității de exprimare prin scris-citit. Astfel, la unii afazici se păstrează numai cuvintele parazite, interjecțiile, cuvintele triviale și, în general, un cuvânt îndeplinește rolul de propoziție, prin manifestarea așa-numitului stil telegrafic. La alții, apare o vorbire „academică”, în care verbalismul relativ este în detrimentul conținutului, deoarece excelează sărăcia ideilor, iar asociațiile din planul mintal îmbracă forme puerile. Dificultățile în enumerarea automată, perseverarea verbală, intoxicațiile cu cuvinte, scrisul servil, în care domină agramatismele, ocupă un loc aparte în conduita verbală a afazicului. Ca tulburări secundare, pot apărea dereglări ale vocii, ale respirației, emoții exagerate ce se asociază cu

pierdere parțială a capacității de memorizare. Scăderea memoriei se manifestă prin aceea că reproducerea este mai slabă decât recunoașterea și învățarea. Comparativ cu memoria vizuală, cea auditivă este mai scăzută. Dintre toate formele de afazie, în forma receptivă, se remarcă cele mai accentuate tulburări ale memoriei. Prin aplicarea unor probe verbale se constată că randamentul cel mai scăzut se obține în cazul afazicilor receptivi atât pe linia memoriei, cât și a atenției, iar la probele nonverbale rezultatele similare se manifestă la cei amnestici. Mobilitatea atenției este mai scăzută la afazicii receptivi, după care urmează cei expresivi și amnestici. În general, viteza de lucru este mai mică la afazici față de normali, dar cu toate acestea erorile sunt mai frecvente. Prin urmare, tulburările limbajului scris-citit, în afazie, se constituie ca un simptom în cadrul sindromului general în care domină dereglarea funcțiilor psihice superioare.

Există o serie de deosebiri între scris-cititul afazicilor cu o pregătire medie și superioară față de al celor care au o pregătire modestă, în momentul îmbolnăvirii. La ultimii, se remarcă tendința unei citiri, de ansamblu, fără să treacă prin procesul de analiză-sinteză a elementelor componente ale cuvântului și propoziției, ceea ce face să apară greșeli frecvente, datorită ghicirii acestora. În cazul acesta, subiectul nu poate cuprinde toate elementele; sărind peste unele, el percepe deformat sau cu greșeli cuvântul. În scris, poate reda relativ bine grafemele izolate, dar întâmpină dificultăți atât în cazul combinării lor, cât și în al scrierii cuvântului. Disocierea grafemului de fonem este foarte pregnantă în cazurile când subiectul scrie relativ bine, după dictare, pentru că unele sunete sunt percepute izolat și foarte greu, silabele și cuvintele nu reușește să dea coerență textului scris.

Tulburările de dezvoltare a limbajului cuprind, de cele mai multe ori, și activitatea grafo-lexică. Ele împiedică formarea unor deprinderi bine consolidate, mai cu seamă prin nivelul scăzut sau simplist al exprimării, prin sărăcia vocabularului și prin manifestarea unor capacități logico-gramaticale elementare în scris. Așa de exemplu, în mutismul electiv, psihogen sau voluntar, prin refuzul subiectului de a comunica pe o perioadă de timp, activitatea psihică, nemaifiind suficient stimulată, se produce o stagnare în cadrul căreia limbajul suferă în mod deosebit. „Muțenia” este temporară și poate dura, dacă nu se intervine calificat, de la câteva săptămâni la ani de zile. De obicei, mutismul electiv, prezent atât la fete cât și la băieți, apare la copiii hipersensibili și este însoțit de tulburări

comportamentale în care încăpățânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea, scăderea apetitului pentru activitate ocupă un loc important. Loebell îi descrie pe acești copii ca fiind fricoși, interiorizați și cu complexe de inferioritate. În majoritatea cazurilor, handicapul este determinat de atitudinile greșite în educație, care traumatizează afectiv copilul. Dar și emoțiile șoc, stresurile, eșecurile repetate, frustrările pot duce la mutism psihogen. Deși nu comunică, fapt care se poate extinde și asupra scrisului, copiii cu mutism electiv înțeleg vorbirea și nu manifestă deficiențe de ordin intelectual. Dar persistența pe o perioadă mai mare a handicapului poate duce la rămăneri în urmă pe linia dezvoltării vocabularului și a exprimării logico-gramaticale. Ca urmare, procesele cognitive nu sunt stimulate, ceea ce determină nu numai o slabă dezvoltare a acestora, dar și o retardare în achiziția cunoștințelor.

Ca o manifestare generală a handicapurilor de limbaj, apar întârzierile în dezvoltarea generală a vorbirii, întâlnite la acei subiecți care nu reușesc să atingă nivelul de evoluție a limbajului, conform vârstei. De obicei, ele există ca fenomene secundare la mai toate handicapurile de vorbire descrise mai sus, dar se pot manifesta și de sine stătător. Subiecții cu întârzieri în dezvoltarea vorbirii se recunosc după sărăcia vocabularului și după neputința de a se exprima coerent și logic în propoziții și fraze. La majoritatea subiecților cu întârzieri în dezvoltarea vorbirii se fac simțite dereglări atât în latura fonetică, lexicală, cât și în cea gramaticală. De aici, și înțelegerea cu dificultate a vorbirii celor din jur, ceea ce influențează negativ evoluția psihică generală. Desigur, întârzierile în formarea deprinderilor de scris-citit nu constituie fenomene propriu-zis disgrafo-dislexice, dar ele pot fi premergătoare acestora sau pe fondul lor se instalează mai ușor tulburări lexico-grafice în care este evident, pentru început, infantilismul actului respectiv.

În cadrul tulburărilor, determinate de disfuncții psihologice, se produce un vid al comunicării în care elementele de puerilism și infantilism își pun pecetea pe toate funcțiile limbajului. Se produce o regresie evidentă, din punct de vedere semantic, iar conținutul comunicării nu este racordat la realitate. Dezorganizarea, din planul gândirii, se reflectă direct în formularea logică, iar asociația ideilor capătă un caracter aleatoriu. Este deosebit de afectat scrisul, nu numai din acest punct de vedere, dar și din cel al adăugirii unor elemente formale, inutile ce îngreunează comprehensiunea textului. Astfel, buclele grafemelor au tot felul de „înflorituri”, trasee de prisos și nu se

respectă încadrarea în spațiul paginii. Scrisul servil este prezent la majoritatea indivizilor cu tulburări ale vorbirii, determinate de disfuncții psihologice. În același timp, disgramatisme constituie o altă categorie specific disgrafică. Deși subiectul pare preocupat peste măsură de exprimarea sa grafo-lexică, se ajunge, în mod inevitabil, ca urmare și a destructurării personalității, la o comunicare anacronică cu multe elemente de ficțiune. În genere, subiectul nu este conștient de aceste dificultăți și respinge demersurile terapeutice.

Rezultă, așadar, că tulburările scris-cititului trebuie interpretate și tratate în contextul general al dereglărilor comportamentelor verbale, deoarece și funcționalitatea corectă a limbajului și comunicării presupune integritatea tuturor laturilor, care permit desfășurarea acestor activități.

Capitolul XV

RELAȚIA DINTRE CITIT-SCRIS ȘI PERSONALITATE

După cum am văzut, și credem că am argumentat, limbajul constituie un comportament cu valențele cele mai înalte, pentru că subordonează, orientează și direcționează toate celelalte comportamente. Aceasta înseamnă, pe de o parte, că după felul în care un om vorbește, scrie și citește îi pot fi apreciate, la modul global, caracteristicile reale de personalitate, iar pe de altă parte, cunoscând structura personalității unui individ, pot fi emise judecăți de valoare cu privire la felul cum se va manifesta în planul limbajului. Dacă mai ținem seama și de faptul că între limbaj și conștiință există o legătură nemijlocită, realizăm mai bine subtilitatea relației dintre limbaj și personalitate, în general, și dintre citit-scris și personalitate, în special. Dovada cea mai pregnantă a acestei relații o constituie faptul că atunci când are loc deteriorarea din cadrul unui subsistem, aceasta atrage după sine perturbări evidente și la nivelul celuilalt subsistem. Așa spre exemplu, modificările personalității, cum sunt cele specifice bolilor psihice sau chiar simplele tulburări determinate de factori socio-afectivi și educativi, influențează nu numai latura semantică a limbajului, conținutul și structura acestuia, dar, mai ales, forma și orientarea, legile lingvistice și logico-gramaticale. Dar și tulburările limbajului, indiferent că se produc în plan expresiv sau impresiv, determină perturbări la nivelul personalității și, ca atare, al comportamentului, care se agravează odată cu creșterea dificultăților acestuia.

În condiții normale de dezvoltare a personalității umane și de evoluție a citit-scrisului, se poate surprinde o relație subtilă între cele

două elemente, în care progresul sau regresul unuia, atrage după sine manifestări similare și la celălalt. Dintre toate formele limbajului, scrisul poartă cel mai evident amprenta personalității, iar la rândul lui, acesta constituie indiciul cel mai evident al trăsăturilor de personalitate. De aici, constituirea unei științe de graniță între științele psihologice și alte științe ce abordează personalitatea, numită grafologie, ce nu a făcut nici pe deoparte progresele necesare în raport cu utilitatea și importanța ei. Deși preocupările cu caracter grafologic sunt cunoscute din cele mai vechi timpuri, nu s-a reușit să se elaboreze, până în prezent, un sistem unitar și încheiat al studiului proiecției personalității în scris și nici să se surprindă, cu certitudine, acele legități ale scrisului, definitorii pentru o personalitate sau alta. Din aceste motive, studiul personalității, prin produsele grafice, în general, și ale scrisului, în special, trebuie comparat cu alte metode, iar rezultatele obținute, confruntate cu cele din alte sisteme. În altă ordine de idei, specialistul în grafologie trebuie să aibă o pregătire psihologică adecvată și o practică corespunzătoare, pentru a putea cuantifica și aprecia ceea ce este definitoriu unei personalități, din multitudinea caracteristicilor generale și comune altor persoane. Demersul devine fundamental odată cu cuantificarea, măsurarea și evaluarea personalității, în funcție de starea și progresul scrisului, a dezordinilor produse la acest nivel etc., caracteristici ce sunt esențiale pentru o trăsătură sau alta de personalitate.

După opinia noastră, dintre cele trei trăsături fundamentale (și clasice) ale personalității, două pot fi surprinse mai facil, prin intermediul scrisului: trăsăturile temperamentale și cele caracteriale. Aptitudinile au componente interne complexe, ce se exteriorizează mai pregnant în raport cu o activitate sau alta și în care elementul de automatizare poate masca specificitatea lor. Deși se ia în considerație ansamblul particularităților scrisului, totuși, pentru o componentă sau alta a personalității, sunt mai relevante anumite caracteristici. Spre exemplu, pentru trăsăturile temperamentale, viteza scrisului, apăsarea cu instrumentul de scris, modul cum sunt legate grafemele și cuvintele între ele, spațiile dintre grafeme și cuvinte, ordonarea acestora în spațiul paginii, înclinarea grafemelor etc., sunt indicii dominante, iar pentru trăsăturile caracteriale, sunt mai importante formele grafemelor, modul de trasare a conturilor și îngroșarea anumitor părți, direcția și ordinea în pagină, mărimea grafemelor și păstrarea egalității dintre ele, fermitatea cu care sunt trasate, grija pentru acuratețea paginii ș.a.

Pentru a pune în evidență complexitatea personalității, considerăm că analiza grafologică nu trebuie să se oprească numai la aceste aspecte de ordin formal, cum se obișnuiește, ci să se ia în studiu și conținutul activității mintale, manifestat în scris, înlănțuirea logică a ideilor și, în general, înțelegerea contextului. O astfel de analiză permite specialistului să depășească stadiul de surprindere a unor caracteristici generale, comune și să pătrundă în esența fenomenului, prin marcarea acelor aspecte specifice și definitorii pentru o persoană. În același timp, o atare analiză ne duce la legarea personalității de întreaga activitate psihică și la tratarea ei unitară ca o componentă a sistemului psihic uman.

Specialiștii îl socotesc pe abatele Michon (1801-1881) ca fiind întemeietorul modern al grafologiei, deoarece el a fost acela care a creat termenul și a reușit să elaboreze o serie de legi, din care unele au rămas valabile și azi. Continuator al lui Michon, în Franța, a fost Crépieux-Jamin care a stabilit șapte dominante ale scrierii: forma, direcția, viteza, dimensiunea, presiunea, orânduirea și continuitatea. El încearcă să lege scrierea și de alte trăsături, cum ar fi inteligența, pe care o raportează, în mod nemijlocit, la manifestarea armoniei în scris. Această reducere, deși simplificată, prezintă importanță pentru ansamblul studiului personalității prin intermediul comportamentului grafic. Școala germană reușește să depășească acest stadiu, prin legarea acțiunii grafice, ca manifestare individuală, de caracteristicile pozitive sau negative ale scrierii. Aceste preocupări le găsim, într-o formă mai redusă, încă în Antichitate, la Aristotel, Demetrius și alții, care au întrevăzut relația dintre personalitate și manifestarea grafică.

În țara noastră, unele remarci interesante le întâlnim la autori, ca Gh. Marinescu, C. I. Parhon, H. Stahl, I. Biberi, A. Athanasie ș.a. Pe bună dreptate, scrierea este considerată „ca un adevărat seismograf unde s-a înregistrat, printr-o serie de mișcări automatizate ale brațului, mâinii și degetelor, dinamica personalității noastre, iar grafologia o disciplină care se ocupă cu raportul dintre scriere și autorul ei, între care se intercalează mișcarea grafică” (A. Athanasie, 1970, pag. 9).

Cu toate rezervele pe care le-am manifestat față de posibilitățile grafologiei de a surprinde caracteristicile definitorii ale personalității, ea rămâne o știință a viitorului, care trebuie să-și perfecționeze metodele și regulile de cercetare, să conțină demersuri care să facă posibilă distincția dintre manifestările constante și cele accidentale sau întâmplătoare, să distingă între particularitățile specifice ale fiecărei persoane și ceea ce este comun în manifestările

umane. Pentru a satisface aceste deziderate, practica grafologică trebuie să evite situațiile aleatorii și să ia în considerație manifestările scriptorului în diverse situații, în diferite etape ale scrisului. Dar, mai ales, trebuie să se țină seama de evoluția scrisului în raport de vârsta subiectului și de nivelul instrucției sale. Aceasta pentru că, scrisul, după cum este știut, suferă unele modificări, odată cu vârsta și dezvoltarea psihică a individului. La acestea se adaugă tulburările de personalitate, care produc schimbări în forma și conținutul scrisului și invers, tulburările scrisului, determină, în raport de gravitatea lor, handicapuri comportamentale și dificultăți de structurare a planului general al personalității.

Luând în considerație funcția reglatoare a limbajului, care influențează nu numai viața psihică a individului, dar și comportamentul acestuia, prin dereglările produse, atât în planul expresiv, cât și în cel impresiv al limbajului, se manifestă modificări negative la nivelul întregii personalități. Tulburările limbajului citit-scris sunt trăite de logopat în mod dramatic, iar frământările sale permanente determină dezordini în organizarea și sistematizarea activității psihice, tensionări și scăderea încrederii în forțele proprii, ceea ce menține o stare de încordare și stres permanent. Handicapurile limbajului citit-scris, mai cu seamă când acestea sunt sancționate negativ de cei din jur, afectează relaționarea subiectului cu colectivul și integrarea acestuia în viața socială. Cu cât deficiențele citit-scrisului sunt mai accentuate, cu atât trăirea dramatică în planul personalității este mai mare, iar dereglările comportamentale, mai frecvente.

Odată cu înaintarea în vârstă, la puberi și adolescenți, menținerea tulburărilor citit-scrisului determină o intensificare a handicapurilor de personalitate. Ca atare, subiecții respectivi devin tot mai deprimați, nervoși, irascibili, reținuți, necooperanți și negativisti, interiorizați, deseori făcându-și complexe de inferioritate. La acestea se adaugă și eșecurile școlare repetate, prin rezultatele slabe obținute la limbă și literatură, ceea ce îi face să manifeste o atitudine negativă față de activitatea de învățare, în general.

Cu timpul, asemenea stări stresante provoacă o hipersensibilitate afectivă, conducând la instalarea tulburărilor afectiv-emoționale și voliționale, care fac parte din particularitățile stabile ale personalității. Acestea determină și scăderea interesului pentru activitate, din cauza faptului că motivația nu mai are un rol dinamizator al acțiunii. Se poate ușor constata că formarea motivelor

și dezvoltarea motivației, în general, sunt influențate de tulburările citit-scrisului, deși în lipsa handicapurilor, ele sunt frecvent raportate la evoluția psihică a individului (fig.47).

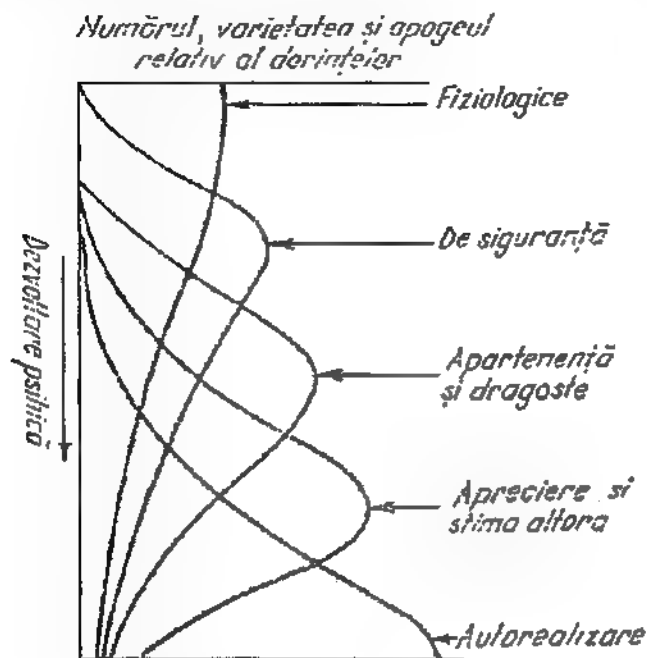


Fig. 47. Evoluția unor motive în raport cu degradarea psihică (după Maslow)

În condițiile când persoana handicapată este preocupată de afirmarea sa în planul vieții sociale sau când îndeplinește activități ce-i solicită frecvent citit-scrisul, suportarea tulburării devine tot mai grea, ceea ce face ca, în final, să aibă eșecuri repetate și să renunțe chiar la activitatea respectivă. Frământările subiecților cu tulburări de limbaj nu numai că nu duc la înlăturarea deficienței, ci dimpotrivă, o accentuează. Prin aceste frământări se intensifică manifestările comportamentale aberante ce se pot extinde și asupra perturbării relațiilor cu familia, cu rudele, cu persoanele apropiate. Când li se pare că nu sunt înțeleși nici de aceștia, starea de iritabilitate sporește și inhibiția se instalează tot mai frecvent.

Și mai dificile devin dereglările de personalitate în handicapurile citit-scrisului, când apar pe fondul unor deficiențe senzoriale, cum sunt cele de vedere sau de auz, sau când este alterat și intelectul. La majoritatea subiecților cu deficiențe senzoriale

dobândite, tulburările de personalitate au tendința de a se accentua în perioada școlarității, pentru că instalarea handicapurilor de scris-citit creează impresia nereușitei și a imposibilității adaptării la viața școlară. Când climatul afectiv este nefavorabil ori colectivul nu manifestă înțelegere față de momentele grele prin care trece subiectul, disconfortul psihic are tendința de a deveni dominant, ceea ce își pune amprenta pe întregul comportament. La deficienții de intelect cu tulburări ale citit-scrisului, fenomenele nu prezintă atât de complex, în toate cazurile, situația în care se află și ca atare, trăirea interioară este simplificată. În schimb, la persoanele cu debilitate ușoară sau la cele cu intelect liminar, tulburările de limbaj pot constitui, alături de deficiența psihică, factori traumatizanti, care influențează negativ comportamentul. Pentru a aprecia tulburările de personalitate ale handicapatilor, pe fondul intelectului normal sau pe fondul unor deficiențe senzoriale, psihice și fizice, trebuie să se evalueze comportamentele antisociale, slaba sau imposibilitatea integrării în colectiv, izolarea și lipsa de cooperare cu cei din jur, interiorizarea și adoptarea unei atitudini introvertite, negativismul și încăpățănarea, subaprecierea forțelor proprii și scăderea activismului în plan acțional și mintal.

Neconștientizarea posibilității de corectare a tulburărilor de limbaj și neîncrederea în terapia logopedică, corelată cu situații educative nefavorabile, prelungește stările dureroase tensionale și intensifică trăirea emoțiilor șoc, ceea ce duce la manifestări de nesiguranță și la apariția surmenajului fizic și intelectual. Ca urmare, comportamentul dobândește instabilitate și manifestări oscilante de la o situația la alta, de la o zi la alta, iar stimulii nu sunt percepuți în raport de semnificația lor, putând fi recepționați și amplificați ca negativi, ca unii dintre cei care nu prezintă semnificație pentru alte persoane. Din aceasta rezultă că trăsăturile de personalitate ale handicapatilor de limbaj sunt foarte fragile și instabile. „Or, tocmai relația dintre caracteristicile stabile și cele instabile denotă un anumit tip de personalitate și, în raport de dominarea uneia sau a alteia, se conturează o personalitate puternică, bine structurată ori, dimpotrivă, o personalitate fragilă, lipsită de rezistență” (E. Verza, 1982, pag. 91-92). Prin dezorganizarea personalității individului cu tulburări de citit-scris se manifestă reținere și teamă de vorbire, ceea ce duce la inerție și rigiditate. Fobia vorbirii se întărește, în plan nervos, sub forma unor legături stabile și obsedante, fapt care poate provoca și apariția altor tulburări de limbaj, cum este logonevroza. În situația când se

amplifică tulburările de limbaj, în general, acestea pot determina instalarea unui mutism selectiv, cu consecințe grave nu numai pentru comportamentul logopatului, dar și pentru evoluția sa psihică și pentru recepționarea influențelor instructiv-educative.

Desigur, pentru modul cum se dezvoltă și evoluează tulburările de personalitate, prezintă importanță structura temperamentală a individului, în special în relația dintre procesele nervoase fundamentale, echilibrul, forța și mobilitatea excitației și inhibiției, vârsta, educația și dezvoltarea senzorial-psihică, în general. De exemplu, în anumite particularități temperamentale, care favorizează instabilitatea și lipsa de echilibru, tulburările citit-scrisului provoacă o excitație psihomotorie și o agitație permanentă ce dereglează și mai mult activitatea lexico-grafică. La alți handicapați, are loc instalarea unei stări inhibitive, în care rigiditatea și uniformitatea comportamentală este susținută de un activism redus în plan acțional. Starea depresivă se corelează, în acest caz, cu tulburările afectiv-emoționale și cele voliționale. Când aceste situații se mențin mai mult timp sau când conflictele lăuntrice se prelungesc, ele devin cronice, ceea ce influențează negativ componentele dezvoltării caracterului și perturbă întregul sistem atitudinal, iar relațiile cu cei din jur nu mai au semnificația adecvată față de stimulii receptați.

Tulburările citit-scrisului, pe fondul deficiențelor psihice, pot intensifica dereglările personalității și pot provoca comportamente imprevizibile și ca urmare a deficitului de la nivelul funcțiilor de cunoaștere, a slabei discriminări în planul gândirii, a creșterii sugestibilității, a impulsivității, a aprecierii neadecvate ori cu o pronunțată tentă afectivă a situațiilor de viață, ceea ce nu permite o adaptare comportamentală anticipativă, în care să se evite riscurile și factorii neprevăzuți. Din aceste caracteristici, rezultă determinismul psihologic, prin afirmarea legăturii dintre geneza afectivă și geneza gândirii, pe de o parte, și caracterul unitar al psihismului uman, pe de altă parte. Afirmatia lui R. Zazzo, conform căreia în adaptarea socială inteligența nu este un factor suficient, căci pentru optimizarea ei trebuie luați în considerație și factorii emoționali și cei de mediu, confirmă ideea pe care noi am subliniat-o, deja, că în terapia logopedică educația nu trebuie să se rezume numai la corectarea tulburărilor de limbaj, ci și la dezvoltarea unitară, armonioasă a personalității umane cu toate atributele sale psihice valorice.

Marea labilitate, ce se manifestă în comiterea greșelilor lexico-grafice la logopați de citit-scris, contribuie la accentuarea

dezintegrării funcțiilor limbajului și la scăderea performanțelor lingvistice. Cu cât fenomenul se produce mai de timpuriu, cu atât are loc o rămânere în urmă a dezvoltării limbajului și, de aici, o stimulare redusă a întregii activități psihice. Maturizarea psihică și motorie influențează pozitiv funcțiile perceptive și de reprezentare, ceea ce contribuie la perfectarea gestului grafic și a posibilităților de transpunere a simbolurilor auditive-verbale în cele vizuale-scrise. Prin coordonarea mai bună a mișcărilor, se realizează organizarea actului grafic, iar prin maturizarea psihică, se lărgeste câmpul vizual și comprehensiunea celor scris-citite. H. Wallon avea dreptate când sublinia că mișcarea trebuie privită ca făcând parte din „ansamblurile care răspund actului”, pentru că ea este instrumentul acestuia. Organizarea mișcării se face pe toată durata școlarizării copilului și această perfectare nu se reduce numai la formele instituționalizate, pentru că jocul, mersul, activitatea, în general, devin forme optime ale elaborării și dezvoltării activităților practice și, ca atare, se imprimă o mai mare finețe verigii executorii în toate domeniile de activitate. Pe lângă factorii intelectuali, factorii afectivi sunt mai prezenți cu cât vârsta copilului este mai mică. „În sfârșit, noi știm că factorii intelectuali și afectivi intervin și ei în actul scrisului. Primii, pentru că permit o mai bună previziune a gesturilor și o pregătire mai rapidă a frazei ce trebuie scrisă (uneori, prea rapidă față de posibilitățile motorii, ceea ce duce la dezorganizări). Ceilalți, deoarece copilul crede întotdeauna în ceea ce face; el poate aborda scrisul cu o atitudine mai mult sau mai puțin pozitivă, în funcție de forma relațiilor sale cu școala sau cu familia și în funcție de reacțiile sale față de propriile-i dificultăți” (J. Ajuriaguerra, M. Auzias, A. Denner, 1980, pag. 115-116).

Două probleme se pot pune în raport cu cele arătate până acum:

a. dacă particularitățile biologice și psihologice, specifice unui anumit sex, influențează pozitiv sau negativ actul citit-scrisului, ori, altfel spus, ce relație se stabilește între citit-scris și sex și

b. dacă tulburările citit-scrisului au o acțiune nefavorabilă mai mare sau mai mică asupra personalității unui anumit sex, comparativ cu altul și dacă este așa, care sunt factorii care favorizează astfel de situații.

În literatura de specialitate, particularitățile de sex sunt cu totul sporadic raportate la limbaj, în general, și la citit-scris, în special. Printre cei care menționează diferențele dintre sexe, raportate la

nivelul scrisului, se numără Ajuriaguerra și colaboratorii, care apreciază că progresul scrisului la fete este superior față de cel al băieților, ținând seama de măsurătorile elaborate de ei. Această situație o explică prin aceea că fata, cu un nivel mijlociu, tinde să scrie la fel ca un băiat ce are un grafism bun, iar un băiat cu un nivel mijlociu scrie ca o fată cu un nivel slab. Al doilea fapt pe care îl iau în considerație, pentru explicarea situației respective, este acela că după zonele de vârstă și scări, fetele posedă un avans de la șase luni până la un an asupra băieților. În final, autorii menționați conchid că este vorba de o precocitate efectivă a fetelor în raport cu băieții și nu de o diferență „calitativă negenetică”.

Pentru a ne da seama de dimensiunea fenomenului și dacă observațiile noastre curente, desfășurate de-a lungul mai multor ani, care de altfel ne-au confirmat superioritatea fetelor în actul grafo-lexic, asupra băieților, reamintim cercetarea noastră (evocată deja în paginile anterioare) cu privire la relația dintre comportamentul grafic al elevilor școlari și la atitudinea cadrelor didactice față de ei.

În general, comportamentul verbal cuprinde toate formele limbajului (deci și cele ale scris-cititului) și în el transpar atât structurile intelectului, cât și cele ale personalității. Ca atare, orice formă a conduitei verbale creează imbolduri sau interacțiuni, bazate pe intelect și pe caracteristici de personalitate, în care domină cele afectiv-motivaționale și temperamentale (fig. 48). De fapt, nici limbajul și nici limba nu au înglobate, în mod nemijlocit, sisteme de valori lingvistice sau sisteme de idei, așa cum nu conțin nici valorile personalității. În schimb, prin manifestarea conduitei verbale aceste valori sunt reprezentate cu un efect circular, influențând structurile psihice ale subiectului.

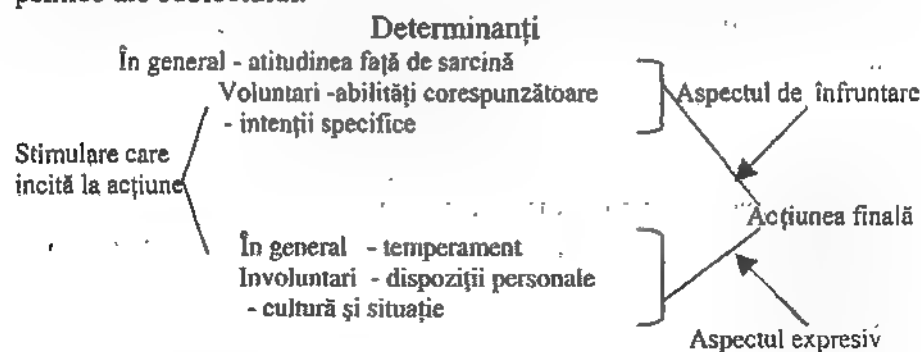


Fig. 48. Comportamentul, ca o convergență între înfruntare și expresie (după Allport)

Abordarea comportamentului verbal, din perspectiva înțelegerii că „limbajul uman este un lucru subtil și complex” (G. A. Miller), iar vorbirea „o parte organică a totalității psiho-biologice a dezvoltării și comportamentului uman” (Frieda Goldman-Eisler) creează viziunea integralistă a comportamentelor, în general, în structurile personalității.

Dacă am văzut că este evidentă influența structurilor de personalitate asupra citit-scrisului, trebuie subliniat că și activitățile lexico-grafice influențează personalitatea. Pentru o mai bună dovadă în acest sens, vom menționa efectele negative ale tulburărilor citit-scrisului în planul personalității. La astfel de efecte se referă mai mulți specialiști. Pe bună dreptate se consideră că tulburările citit-scrisului, ca și toate handicapurile de limbaj, creează dificultăți în integrarea socială ce pot determina comportamente antisociale (F. Trojan), ca efect al trăirii dramatice a eșecurilor școlare și a situațiilor stresante permanente pe care le înregistrează. De cele mai multe ori, logopatul poate deveni „rebel” sau descurajat, pasiv, nepăsător, opoziționist, retras, închis în sine, inhibat etc. În acest context, Cl. Launay subliniază necesitatea corectării dislexiei și dislaliei cât mai de timpuriu, pentru că, pe măsura înaintării în vârstă, mai ales la preadolescenți și adolescenți, tulburările comportamentale se agravează, imprimând personalității un caracter nematurizat, agresiv și opozant în familie și în societate, deoarece insuccesele repetate influențează negativ structurile psihice.

Particularitățile tipologice ale sistemului nervos central și ale personalității, în condițiile eșecurilor repetate, ca urmare a tulburărilor lexico-grafice, pot imprima comportamentului anumite caracteristici pe direcția dezorganizării activității și modificării structurilor psihice, a creșterii anxietății, a deprimării și impulsivității. Aceste handicapuri se adaugă la dificultățile existente de adaptare la viața școlară, în clasele mici și, ulterior, la viața profesională și familială.

Așa cum am mai subliniat, în deficiența de intelect, tulburările scris-cititului nu au o influență atât de mare asupra subiectului, deoarece acesta nu reușește să conștientizeze, în întregime, situația în care se află, și de aici, o trăire internă mai puțin intensă. Aceasta nu înseamnă că debilizii mintal au o dezvoltare comportamentală armonioasă; dimpotrivă, tulburările de personalitate manifestate, comportamental, atât pe plan intern, cât și pe cel extern sunt mai variate și mai labile (E. Verza, 1983). Dar ele au o determinare mult

mai complexă decât la normal, pe de o parte, iar pe de altă parte, influențele educative nu dau întotdeauna roadele scontate, pentru că deficientul de intelect nu are posibilitatea să le înțeleagă și să le asimileze ca valori interne. Dintre tulburările de personalitate, care pot fi determinate de dereglările citit-scrisului la deficientul de intelect și care se adaugă la modificările comportamentale atât de variate, existente deja, enumerăm pe următoarele: reacții explozive și neorganizate, instalarea unor stări euforice sau apatice, agitație motorie, negativism, dezinteres, manifestări de ostilitate față de colegi și neacceptarea ajutorului, repulsie față de activitatea școlară etc. În mod deosebit, subliniem existența reacțiilor de tip afectiv-emoțional, care se manifestă prin emoții și afecte exagerate (frică, furie, mânie, crize de plâns sau de râs), care duc la dezorganizarea vieții comportamentale în toate planurile activității.

În același timp, trebuie subliniat că, din cauza tulburărilor de personalitate la deficientul de intelect, se realizează progrese foarte lente în formarea deprinderilor de citit-scris, iar în lipsa unor intervenții corespunzătoare, chiar dereglările comportamentale duc la handicapuri lexico-grafice, în special, și în cele de limbaj, în general.

Dar modificările cele mai deosebite, ce intervin în structura lexico-grafică atât pe latura semantică, cât și pe cea lingvistică și psihologică se datorează handicapurilor psihice. Date fiind formele complexe sub care se pot manifesta, cât și efectele profunde de perturbare a construcției psihice normale, handicapurile psihice determină asemenea tulburări ale actului citit-scrisului încât înțelegerea acestuia devine, deseori, imposibilă. Formele de depersonalizare încep odată cu cele mai simple modificări ce aparțin psihopatologiei marginale și care, prin amplificare, ca urmare a unor factori stresanți noi, cum sunt cei determinați de tulburările scris-cititului, pot conduce la constituirea personalității dizarmonice. Un rol hotărâtor, asupra modului cum sunt recepționați acești factori negativi, îl au particularitățile specifice, determinate de structura anatomo-fiziologică și sistemul socio-cultural, care imprimă, din punct de vedere psihologic, diferențieri de la un individ la altul.

În literatura de specialitate se cunosc o serie de încercări prin care se urmărește diagnosticarea tipului de boală psihică a scriitorului, pe baza scrisului. Alte încercări au vizat să pună în evidență elementele comune ale scrisului pe categorii de boli psihice. Dintre aceste încercări, sunt interesante cele efectuate de R. Perron și Hélène de Gobineau care au urmărit, din punct de vedere grafometric, 14

elemente în scrisul mai multor bolnavi de schizofrenie, paranoi. maniaco-depresivi ori a celor cu întârziere afectivă și deficiență de intelect. Căutând să pună în evidență elementul comun în scrierea unei categorii de bolnavi psihici, autorii respectivi au extins cercetarea și asupra unui grup de epileptici. La această ultimă categorie de bolnavi, au fost evidențiați 12 factori semnificativi pentru scrierea epilepticilor. S-a ajuns la concluzia că datorită prezenței acestor factori în scris, într-o anumită proporție, diagnosticul devenea cert în 75% din cazuri. Încercări întrucâtva asemănătoare au fost făcute de S. Privat; el a urmărit să surprindă elementele comune în sindromul grafic al bolnavului de schizofrenie, utilizând metodele metrice și statistice, elaborate de Thea-Lewinson. Dar și într-un caz și în altul ne exprimăm rezerva cu privire la certitudinea diagnozei prin scris la bolnavii psihici, deoarece la aceștia se produc modificări, relativ frecvent, ale grafismului în funcție de starea de sănătate la un moment dat, de dispoziția psihică, de stadiul oboselii sau surmenajului, de felul cum s-au odihnit etc. Să nu uităm că și nivelul de instruire, și stadiul de formare a deprinderilor grafo-motorii și nivelul cultural al subiectului pot deruta pe cercetător. În fapt, tocmai aceste modificări ale grafismului, ce se produc în tulburările psihice în funcție de factorii menționați mai sus și de evoluția bolii respective, denotă relația dintre personalitate și scris.

În procesul terapiei recuperatorii, trebuie luată în considerare totalitatea factorilor care pot dezorganiza personalitatea, adică atât cei care provoacă comportamente ce se încadrează în marea psihopatologie, cât și cei care sunt secundari și care duc la modificări, mai puțin grave, de tipul celor din psihopatologia marginală. Așadar, recuperarea trebuie să vizeze, în egală măsură, cercetarea tulburărilor de limbaj și înlăturarea handicapurilor de personalitate. Numai astfel se poate crea perspectiva socializării, integrării în activitate și dezvoltarea psihică armonioasă. Metodele și procedeele folosite vor fi adaptate în raport de individualitatea fiecărui logopat, când se va ține seama de vârsta sa, de tipul de handicap și de posibilitățile de comprehensiune-asimilare a influențelor terapeutice. În această ordine de idei, subliniem eficiența terapiei ocupaționale, care creează un climat afectiv-emoțional favorabil și motivațional optim pentru formarea comportamentelor menite să ducă la dezvoltarea integră a personalității și la dobândirea unor comportamente adaptabile la situație.

Pornind de la analiza condițiilor în care se dezvoltă personalitatea, psihologia științifică pune un accent deosebit pe ereditatea și maturizarea biologică, pe mediul socio-cultural și educativ, ca fiind factori hotărâtori ai personogenezei. Personogeneza este concepută de J. Piaget ca un produs al socializării, în care procesul interacționist facilitează asimilarea și acomodarea la influențele sociale – ceea ce determină elaborarea de noi sisteme comportamentale. Ca atare, se constituie individualități specifice și se formează comportamente tot mai personale. Pentru a avea viziunea completă a personalității, trebuie luate în considerație nu numai planurile comportamentale, ci și cele intelectuale, motivațional-afective și voliționale. În evoluția stadială motivațional-afectivă au loc deplasări permanente spre o motivație cu încărcătură valorică, în care formarea intereselor și dezvoltarea motivelor învățării, dublată de socializarea afectivității, sunt foarte active la vârstele miciei școlarități (când se însușește citit-scrisul). Dezvoltarea personalității este influențată de capacitățile psihice ale individului de reglare și autoreglare a comportamentului. Aceste capacități se diversifică pe măsura înaintării în vârstă și a acumulării de noi cunoștințe, în care experiența personală are și ea o importanță majoră. Dar pentru realizarea acestor deziderate este nevoie, printre altele, și de integritatea limbajului, de înlăturarea tulburărilor lexico-grafice, ceea ce deschide perspective majore pentru accesul la cultură, facilitând relaționarea cu mediul înconjurător.

Dacă luăm în considerație relația dintre personalitatea și scrisul nevăzătorilor în Braille, vom constata că, spre deosebire de scrisul în alb-negru, scrisul în Braille nu este atât de personal și, în general, nu se pot desprinde, cu atâta certitudine, particularitățile personalității scriitorului. Din scrisul în Braille lipsesc o serie de caracteristici, care sunt indicii ale trăsăturilor de personalitate, cum sunt: discursiunea, forma grafemelor, înclinația și direcția lor, traseele grafemelor și îngroșarea buclelor etc., toate fiind asemănătoare la cei ce scriu în acest sistem; ele sunt determinate de înseși particularitățile sistemului respectiv. La acestea se adaugă și faptul că între scriitor și foaia de scris se interpune plăcuța și punctatorul, care nu permit mișcări fine de tip motric, ca însemn al trăsăturilor de personalitate. În plus, prin lipsa controlului vizual, elementele temperamentale și caracteriale nu au o desfășurare normală, deoarece ele nu devin manifestări dominante ale activității, iar prin intermediul analizatorului tactil-kinestezic nu se reușește să se suplinească, în întregime, funcțiile vizuale complexe.

Cu tot creditul acordat funcției compensatorii, complexitatea unor acte, cum este și cel al scrisului, implică o coordonare superioară de tip biologic și psihologic, în care integritatea analizatorilor și a funcțiilor sistemului nervos devine condiție indispensabilă pentru proiecția subiectului, cu toate atributele sale valorice ale personalității. O dovadă în acest sens o constituie și cazul acelor nevăzători care și-au pierdut vederea după ce și-au însușit citit-scrisul. În condițiile când aceștia continuă să scrie în alb-negru, se poate remarca o continuitate între caracteristicile scrisului dinaintea accidentului și de după, prin păstrarea elementelor definitorii ce au semnificație pentru proiecția trăsăturilor de personalitate în actul grafic. Aceasta înseamnă că, din punct de vedere psihologic, imaginile vizuale păstrate, ca forme ale reprezentărilor, sunt asimilate în sistemul de asociații, în planul gândirii și exercită o acțiune de coordonare a actelor grafo-motorii.

Cu toate aceste rezerve, sunt și unele caracteristici ale scrierii în Braille, care denotă relevanță pentru cunoașterea trăsăturilor de personalitate. Dintre acestea, importanță mai mare o au viteza (rapiditatea), intensitatea apăsării cu punctatorul (presiunea), respectarea regulilor logico-gramaticale și conținutul (semantic) celor exprimate. Așa spre exemplu, o viteză mai mare în scris indică un temperament vioi, cu note de relativă impulsivitate, supraexcitație, oarecum indiferență față de estetica scrisului, o nevoie intensă de activitate, siguranță de sine și încredere în forțele proprii, agitație și un control redus etc., iar o viteză mai redusă se poate caracteriza prin lentoare în activitate, calm, prudență, emotivitate crescută, spirit analitic și grijă față de estetica grafismului, dar și nesiguranță. Desigur, noi ne-am referit la situațiile medii, dar extremele acestora determină o amplificare a particularităților temperamentale și în raport de modul cum ele sunt stăpânite și influențate educativ; astfel, există posibilitatea emiterii unor aprecieri asupra caracterului subiectului. În același timp, aprecieri similare se pot efectua și pentru persoanele care scriu în alb-negru (obișnuit).

Intensitatea apăsării (sau presiunea), poate semnifica forță, vitalitate, violență, agresivitate, combativitate, energie, perseverență, refulare, supraexcitație (la presiune mare) sau, dimpotrivă, sensibilitate, fatigabilitate, timiditate, spirit ascuțit, stăpânire de sine, voință slabă, rezistență scăzută (la presiune mică) etc. Iată că apar particularități ale personalității scriitorului în Braille, care sunt, adeseori, contradictorii în cadrul aceleiași acțiuni și care devin greu de

decelat pentru o formă sau alta de personalitate. Dificultățile sporesc, dacă avem în vedere că aici trebuie luați în considerație factorii instructivi-educativi, ca și cei ai condițiilor de viață ale subiectului, ce pot influența, la un moment dat, calitatea scrisului, în general.

În general, respectarea regulilor logico-gramaticale și calitatea conținutului celor scrise sunt un indiciu al nivelului de dezvoltare psihică, al gradului de cultură, al posibilităților de memorare și păstrare, al fluentei gândirii și imaginației, al stărilor emoțional-afective și motivaționale, al capacității de concentrare a atenției etc., care reflectă, în ultimă instanță, evoluția și dezvoltarea personalității. Mai cu seamă sub acest raport, scrierea, ca de altfel și citirea, suferă modificări importante de care trebuie să se țină cont, atât în evaluarea personalității scriitorului, cât și în analiza progreselor realizate în planul lexico-grafic, în special și al comportamentului verbal, în general. Modificări asemănătoare se pot produce și datorită vârstelor, mai ales dacă ne referim la cele de regresie, când intervin dereglări cu caracter biologic și psihologic ce își pun amprenta pe comportamentul lexico-grafic.

Totuși, la încheierea acestui capitol, ținem să subliniem credința noastră că, argumentele aduse în favoarea relației dintre scris-citit și personalitate creează a viziune complexă asupra limbajului, ca proces dinamic, cu valențe multiple în personalitate și cu semnificații majore în comportamentul uman. Geneza limbajului se intercondiționează cu evoluția personalității și cu reglajul comportamentului, odată cu transformarea lor în modele active și conștiente, ca factori de anticipație în elaborarea viitoarelor comportamente și în dezvoltarea structurilor de personalitate. Este așadar, o relație de dependență ce trebuie stăpânită de subiect și cunoscută de toți cei care, într-un fel sau altul, sunt implicați în procesul formativ de creare a condițiilor favorabile dezvoltării armonioase a ființei umane.

1. Name

2. Age

3. Sex

4. Height

5. Weight

6. Blood pressure

7. Heart rate

8. Respiration rate

9. Temperature

10. Pulse

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE

Apreciem că dificultățile sintagmei „în loc de încheiere” sunt mai mari decât ale unei „încheieri” propriu-zise, cel puțin din două motive: pe de o parte, avem senzația unui lucru împlinit, iar pe de altă parte, dorim, în mod intenționat, să lăsăm deschisă problematica abordată într-un asemenea tratat, pentru că în al doilea volum urmează să finalizăm întreaga problematică a tulburărilor de limbaj, care nu a fost până acum expusă. Din aceasta, rezultă și o serie de incertitudini ale unui demers numai parțial împlinit și care nu putea fi circumscris în condițiile unei analize exhaustive. Dar nu puteam trece peste o anumită satisfacție pe care o avem, atâta timp cât credem că cititorul va găsi în această primă parte a **Tratatului de logopedie** informații care să-l intereseze și care să-i fie utile atât pentru elucidarea aspectelor generale, cu privire la funcționalitatea limbajului și a comunicării, în special, cât și pentru o serie de sugestii cu privire la activitatea de terapie recuperatorie în handicapurile de limbaj, de tipul pronunție și a celor grafo-lexice.

Strădania noastră nu poate fi desprinsă de contextul general al preocupărilor pentru explicarea mecanismelor fundamentale în funcționalitatea și eficiența limbajului, a influenței acestuia asupra vorbitorului și, în egală măsură, asupra auditoriului, într-o armonie specifică dezvoltării personalității, ca și într-o situație de dereglaj, cu implicații asupra unor paliere psihice cu o factură mai mult sau mai puțin definitorie pentru individ. În același sens, am încercat să încadrăm comportamentul verbal, cu efecte pozitive sau negative, în contextul general al comportamentelor umane, să precizăm relația de dependență între acestea și, mai ales, să sugerăm cititorului valențele nebanuite ale comportamentului verbal asupra altor forme de activitate umană, de care acestea din urmă depind într-o măsură majoră.

Considerăm că acesta este un angajament suplimentar în precizarea unității psihicului uman, din care rezultă echilibrul comportamental al omului. Adaptarea la diferitele situații impuse de mediu este, de altfel, numai un aspect particular al demonstrației pe care am dorit să o facem. Am putea susține afirmațiile noastre, prin aceea că evaluarea și diagnosticarea personalității cuprind, în egală măsură, actele și procesele limbajului, când comunicarea verbală, orală și scrisă, poate deveni indicator de neînlocuit în situațiile de diagnoză complexă a subiectului studiat. Nu putem desprinde o asemenea apreciere, în contextul general al contribuției subiectului uman la dezvoltarea unei activități practic-acționale, ca și la strategia generală, teoretică de concepere a unor demersuri cu caracter optim, în asigurarea succeselor și a eventualelor eșecuri. Nu este numai experiența de viață a individului, deși importantă, este mai mult chiar, potențialul individual genetic și formativ, vehiculat și mai ales activat în raport de diferitele situații impuse de mediul socio-cultural. În măsura în care subiectul, indiferent de vârsta pe care o are, reușește să depășească eventualele dificultăți, verbale sau de altă natură, poate fi apreciat că, potențial, este un adaptat la fenomenele cu caracter persistent de frustrație și chiar la factorii perturbatori majori, inerenți, de altfel, într-o societate complexă. Unii specialiști cred chiar că în aceste societăți complexe sunt mai mulți factori negativi decât pozitivi, în timp ce societatea modernă nu a fost preocupată de elaborarea unor metodologii care să-l abilitaze pentru depășirea acestora. Sunt, adeseori, modalități strategice, adoptate de fiecare individ, cu capacități de o anumită factură, care-i pot permite elaborarea de comportamente de apărare, de evitare sau de depășire a situațiilor nefavorabile. Atunci, logic, ne întrebăm: meritul este al subiectului uman, cu structurile sale interne, sau al mediului educațional, cu influențele dirijate și chiar organizate printr-o metodologie rezultată din investigații și contribuții ale specialiștilor? Noi considerăm, cu un anumit risc, că determinăntă, în acest context, este personalitatea umană și nu întotdeauna mediul „prescrie” viitorul individului.

Nu este lipsit de importanță să subliniem că dereglajele temporare, cel puțin în plan verbal, nu afectează, în întregime, capacitatea individului de a se compensa în alte activități, care-i pot asigura, într-o anumită măsură, succesul, ceea ce nu infirmă caracterul unitar al comportamentelor și al structurilor adiacente, psihice. Neliniaritatea dezvoltării psihice, afirmată, de altfel, și de Tanner și Piaget, preluată frecvent, direct sau indirect, de alți autori, nu este

altceva decât o excepție la confirmarea regulii afirmării complexității ființei umane.

Limbajul, ca și comunicarea verbală și cea non-verbală, exprimă această complexitate a ființei umane și modalitățile de desfășurare, într-un context dat, este o continuă adaptare la diversitatea mediului, dar și la diversitatea achizițiilor realizate de individ pe parcursul vieții. Potențialul individual, prin ereditate și prin achizițiile din timpul vieții, cu experiențe mai bogate sau mai reduse, sunt dovada diversității comportamentelor individuale, a unicității ființei umane.

Ca urmare, acest tratat se vrea un omagiu închinat activității umane de comunicare, de transmitere a experienței și a cuceririlor științei, dar și de recunoaștere și receptare a informațiilor vehiculate în societate. Este, așadar, un prinos adus conduitei verbale, pentru că în afara ei, umanizarea, probabil, nu ar fi fost atât de încărcată cu valențe ale umanității. Este, în același timp, o pledoarie pentru corectitudinea vorbirii orale și a citit-scrisului, pentru înlăturarea tulburărilor ce se pot produce și pentru formarea respectului față de calitățile valorice ale subiecților ce desfășoară un comportament verbal organizat, conștient și elevat.

În altă ordine de idei, avem sentimentul că, oricât am discuta despre o asemenea problemă, ea rămâne mereu actuală și deschisă viitorului. Omul se folosește, azi, de limbaj în toate împrejurările, așa cum utilizează aerul pentru existență și poate că, și din aceste motive, i se pare un fapt banal. În realitate, limbajul este o funcție și o activitate psihică, în egală măsură, deosebit de complex și cu implicații nebănuite în evoluția psihologică a individului. Este un lucru subtil și superior, prin care se coordonează, ordonează și direcționează toate celelalte comportamente ale omului, le dă o notă de distincție și specificitate ce le deosebește de ale semenilor săi. Aceasta, pentru că și limbajul, conduita verbală, se manifestă diferit de la o persoană la alta, are o notă personală și unică. Conduita verbală poartă pecetea conștiinței și a personalității individului, care transpare în toate faptele de limbaj; prin ea se proiectează și se materializează aspirațiile omului, se exprimă gândurile și sentimentele, se elaborează motivele și se educă voința pentru activitate. Pe de altă parte, prin intermediul limbajului se realizează achizițiile și se interiorizează acțiunile umane, se stimulează activitatea psihică și se dezvoltă noi comportamente de tip superior. Starea de sănătate psihică, integritatea funcțiilor senzoriale și de intelect devin condiții sine-qua-non ale manifestărilor

comportamentului verbal, ce marchează nota distinctă și personală, imprimă evoluția sau regresul în dezvoltare și asigură, mai bine sau mai puțin bine, relaționarea cu cei din jur și integrarea social-cultural-profesională a individului – premisă majoră pentru aprecierea contribuției sale la dezvoltarea umanității.

Odată exprimată, conduita verbală are efecte favorabile sau mai puțin favorabile asupra dezvoltării psihice a omului, în care conștiința și personalitatea acestuia constituie indicatorii cei mai sensibili ai acestor influențe. Fiecare persoană ajunge, încă din copilărie, să trăiască satisfacția sau insatisfacția efectelor comportamentelor sale verbale asupra auditorului, și în raport de acestea, să-și dezvolte noi modalități de adaptare, să anticipeze situațiile probabilistice și să se plaseze pe o poziție cât mai favorabilă pentru marcarea progresului în adaptare. În același timp, fiecare om manifestă o anumită atitudine de simpatie sau antipatie, de apreciere sau subapreciere față de comportamentul verbal al celor din jur, apreciază calitățile lor psihologice, aprobă sau dezaprobă (implicit sau explicit) persoana în ansamblu, intră în contact cu ea sau o respinge și, în general, exprimă un întreg sistem atitudinal, care pune în valoare însăși formația sa ca ființă social-cultural-educativă.

În cadrul comportamentului verbal, începând de la pronunție, intonație, de la felul în care se modulează vocea și capătă o anumită melodicitate, însoțită de un conținut, preponderent, cognitiv sau afectiv, se exprimă trăsăturile definitorii ale personalității vorbitorului. Se impune sublinierea că formele limbajului utilizat au și ele un impact major asupra auditorului, ca și asupra celui care manifestă o activitate verbală. Astfel, actul grafo-lexic, ca formă, intelectualizat maximal exprimă cel mai bine și mai complex totalitatea caracteristicilor personalității, dezvoltarea și evoluția psihică a subiectului. Dacă a rezultat, sperăm, cu claritate că tulburările vorbirii orale se transpun în scris și influențează în mod negativ formarea abilităților grafice, trebuie să recunoaștem că și dificultățile actului grafo-lexic își pun amprenta pe vorbirea subiectului, chiar dacă ar fi să luăm în considerație numai acțiunea lor în plan intern, când tensiunea emoțională determină fie o reținere, o stare inhibitivă exagerată, fie o desfășurare de tip logoreic, o extindere verbală, fără să aibă un conținut adecvat în raport de intențiile vorbitorului. Desigur, aici nu includem fenomenele trecătoare, pe care le putem numi epifenomene, și care nu sunt specifice dislexo-disgrafiei; greșeli ocazionale se pot manifesta și la indivizii cu o dezvoltare normală și care, în anumite

condiții, pot manifesta dificultăți cu caracter perturbator. Comprehensiunea limbajului este un indicator, din acest punct de vedere, și ea poate fi apreciată nu numai după exprimarea ideilor, dar și după reacțiile generale pe care le provoacă. Așadar, în evaluarea faptelor de limbaj se are în vedere atât latura expresivă, de manifestare, cât și cea impresivă, de modificare. Procesul normal este deosebit de complex și duce totdeauna la progres, la dezvoltare. Dezvoltarea privește toate palierele activității psihice și se exprimă în comportamente ce marchează trecerea de la un stadiu inferior spre unul superior. Fenomenul este deosebit de evident în dezvoltarea ontogenetică a copilului și în stabilizarea structurilor psihice ale tânărului.

Credem, că sunt destule argumente care ne conving că limbajul poate deveni o forță mobilizatoare ce pune în mișcare energiile auditorului, modifică conștiințele și transformă personalitățile. Credem, de asemenea, că fiecare persoană, „trăiește” rolul deosebit de important și de activ al limbajului în dezvoltarea activității psihice. De aici, nevoia de a concentra, într-o măsură mai mare, toți factorii educativi și culturali în direcția cultivării frumuseții limbajului, a creării respectului față de corectitudinea și bogăția vorbirii, a dezvoltării abilităților verbale, care să permită exprimarea și proiecția personalității, cu toate atributele sale valorice. Acest lucru este pe deplin posibil, dată fiind subtilitatea limbajului și suplețea sa asupra influențelor educative. Secolul nostru va găsi, probabil, mai mult timp pentru dezvoltarea, la toți oamenii, începând cu copilăria timpurie și terminând cu vârstele înaintate, a unei adevărate arte în mărirea limbajului, ca factor dinamizator al conturării tot mai pregnante a personalității umane. Cert este că limbajul și comunicarea vor juca un rol major, pe măsura valorii lor, în dezvoltarea ființei umane și în adaptarea individului la mediul înconjurător.



BIBLIOGRAFIE

- ✓ AJURIAGUERRA, DE J. AUZIAS, M., DENNER, A. (1980), *Scrisul copilului*, vol. I, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- ✓ AJURIAGUERRA, DE J. AUZIAS, M., DENNER, A. (1980), *Scrisul copilului*, vol. II, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- ANDRONESCU, Ș. (1959), *Scurtă istorie a scrisului*, București, Editura Științifică și Enciclopedică.
- ARNOLD, G.E. (1970), *Die Sprache und ihre Storungen*, Viena, New York, Ed. Springer.
- ATHANASIU, A. (1970), *Scris și personalitate*, București, Editura Științifică.
- BAGDASAR, F. (1964), *Aspecte neuro-psiho-fiziologice în deprinderea scrierii*, în *Revista de psihologie*, nr. 1.
- BAGDASAR, F. (1967), *Importanța neurofiziologică a relației scriptor - spațiu grafic în predarea scrierii*, în *Revista de pedagogie* nr. 12.
- BOREL-MAISONNY, S. (1966), *Langage oral et écrit. Pédagogie des notions de base*, Paris, Ed. Delachaux – Niestle.
- BOREL-MAISONNY, S. (1969), *Surdité et langage*, în *Reéducation orthophonique*, no. 42.
- ✓ BOȘCAIU, E. (1973), *Prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire în grădinițele de copii*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- BUSEMANN, A. (1966), *Psychologie des déficiences intellectuelles*, Paris, P.U.F.
- CALAVREZO, C. (1967), *Metode și procedee pentru corectarea disgrafiei și dislexiei*, în *Tulburările limbajului scris*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

- RAMAN, Z., PENDEFUNDA, GH. (1965), *Considerații asupra
ierii „în oglindă”*. Particularități întâlnite în unele cazuri, în
vista neurologia, psihiatria și neurochirurgia, nr. 1.
- RANTINĂ, D. (2002), *Dinamica relației dintre tulburările de
baj și dizabilitățile psihomotorii* - Teză de doctorat.
- RTEILLA, A. (1977), *Scrierea cursivă modernă*, București,
itura Didactică și Pedagogică.
- ZACU-SLAMA, TATIANA (1957), *Relațiile dintre gândire și
baj în ontogeneză*, București, Editura Academiei R.P.R.
- ZACU-SLAMA, TATIANA (1959), *Limbar și context*, București,
itura Didactică și Pedagogică.
- IOMSKY, N. (1973), *Le langage et la pensée*, Paris, Petite Bibil.
yot.
- ITCHLEY, M. (1972), *The Dyslexic Child*, London, William
ineman Medical Books Limited.
- MASCHIN, D. (1973), *Defectologie. Teoria și practica
mpensatiei*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- IĂCHESCU, C-tin. (1966), *Contribuții psihopatologice la studiul
burărilor de scris în schizofrenie*, în Revista de neurologie,
hiatrie și neurochirurgie, nr. 6.
- TIENNE, Fr. (1971), *Lecture et dyslexie*, Paris, P.U.F.
- TIENNE, Fr. (1973), *Langage et dysorthographie*, tom I, Paris,
J.F.
- CHOT, A.M. (1967), *L'enfant dyslexique. Les troubles du langage
rit dans la vie sociale et familiale*, Collection "Mésopé",
bliotheque d'Action Sociale, Editions Privat, Cohors.
- AISSSE, P., PIAGET, J. (1972), *Traité de psychologie
périmentale*, vol VIII, Paris, P.U.F.
- OLU, M., VERZA, E.(1970), *Considerații metodologice în legătură
fenomenul de „lateralizare” și influența lui asupra dezvoltării
rbajului*, în Analele Universității București, Seria Psihologie.
- OLU, M. (1975), *Principii de psihologie cibernetică*, București,
litura Științifică.
- RAUR, AL. (1972), *Lingvistica pe înțelesul tuturor*, București,
litura Științifică și Enciclopedică.
- JȚU, M. (1975), *Logopedia I*, Cluj-Napoca, Centrul de multiplicare
Iniversității Babeș-Bolyai.
- VATȚEV, M.E. (1959), *Logopedia*, Moskva, Ed. Pedagoghika.

- Introducere în lingvistică (1967) – București, Editura Științifică.
- JAKOBSON, R. (1962), *Les lois phonétiques du langage enfantin et leur place dans la phonologie générale*, în vol. Selected Writings, vol. I, Phonological Studies.
- JAKOBSON, R., HALLE, M. (1956), *Fundamentals of Language's* Gravenhage, Haga, Mouton&Cie.
- JURCĂU, E., JURCĂU, N. (1989), *Cum vorbesc copiii noștri*, Cluj-Napoca, Editura Dacia.
- KOCKER, FR. (1962), *La rééducation des dyslexiques*, Paris, P.U.F.
- KREINDLER, A., FRADIS, A. (1970), *Afazia*, București, Editura Academiei R.S.R.
- LAUNAY, CL. (1965), *Dyslexie-dysorthographie*, II, în La Presse Médicale, nr. 19, tom. 73.
- LEONTIEV, A.N. (1963), *Despre abordarea istorică a psihicului uman*, în Psihologia în URSS, București, Editura Științifică.
- LEONTIEV, A.N. (1964), *Probleme ale dezvoltării psihicului*, București, Editura Științifică.
- LEOPIDEVSKI, S.S. (1964), *Neuropatologia*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- LUCHSINGER, R., ARNOLD, E.G. (1959), *Lerbuch der stimm-und sprachheilkunde*, Wien, Springer – Verlag.
- LURIA, A. (1962), *Viršie korkovie psihiceskie funkții celoveka*, Moskva, Izd., MGU.
- MAISTRE, M. (1971), *Dyslexie-dysorthographie*, Paris, P.U.F.
- MILLER, G.A. (1956), *Langage et communication*, Paris, P.U.F.
- MITITIUC, I. (1996), *Probleme psihopedagogice la copilul cu tulburări de limbaj*, Iași, Editura Ankarom.
- MONTESSORI, M. (1977), *Descoperirea copilului*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- MUCCHIELI, M., BOURICIER, A. (1974), *La dyslexie, maladie du siècle*, Paris, E.S.F.
- NIELSEN, M.J. (1962), *Agnosia, apraxia, aphasia. Their value in cerebral localization*, ediția a II-a, New York, Hafner Publishing Comp.
- PĂUNESCU, C. și colab. (1972), *Nedezvoltarea vorbirii copilului*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- PĂUNESCU, C., CALAVREZO, C., VERZA, E. și colab. (1967), *Studiu asupra greșelilor de transpunere a limbajului scris*, în Tulburările limbajului scris, București, Editura Didactică și Pedagogică.

- PENFIELD, W., ROBERTS, L. (1963), *Langage et mécanismes cérébraux*, Paris, P.U.F.
- PIAGET, J. (1965), *Psihologia inteligenței*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- PIAGET, J. (1971), *Biologie și cunoaștere*, Cluj, Editura Dacia.
- PIAGET, J., INHELDER, B. (1966), *La psychologie de l'enfant*, Paris, P.U.F.
- POPESCU NEVEANU, P. (1977), *Curs de psihologie generală*, vol. II, București, Tipografia Universității București.
- POPOVICI, D.V. (2000), *Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale*, București, Editura Pro Humanitate.
- PREDA, V. (1988), *Explorarea vizuală - cercetări fundamentale și aplicative*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- PREDESCU, V. (1974), sub redacția, *Psihiatria*, București, Editura Medicală.
- PUFAN, C. (1972), *Probleme de surdopsihologie*, vol. I, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- RADU, GH. (2000), *Psihopedagogia școlarilor cu handicap mintal*, București, Editura Pro Humanitate.
- RADU, I.D. (2000), *Educația psihomotorie a deficienților mintal, (îndrumător metodic)*, București, Editura Pro Humanitate.
- RONDAL, J.A., SERON, X., sub coordonarea, *Troubles du langage - diagnostic et rééducation*, Pierre Mardaga, éditeur.
- ROȘCA, M. (1967), *Psihologia deficienților mintal*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- ROSETTI, AL. (1963), *Introducere în fonetică*, București, Editura Științifică.
- ROTH, W (1973), *Tiflologia - psihologia deficienților vizual*, Cluj, curs litografiat la Universitatea Babeș-Bolyai.
- SEEMAN, M. (1959), *Sprachstorungen bei Kindern*, Jena Haale, Veb. Carl Marhold, Verlag.
- SEEMAN, M. (1965), *Statische Störungen und Sprachentwicklung*, Vienna, Die Terapia Vocis et Loquelae, vol. I.
- SEN, AL. (1978), *Educație și terapie. O viziune educațională asupra psihoterapiei*, București, Editura Didactică și Pedagogică.
- SOVAK, M. (1956), *Logopedia cehoslovacă*, Praga (traducere litografiată).
- SPIRKIN, G.A. (1963), *Originea limbii și rolul ei în formarea gândirii*, Culegere de articole, București, Editura Științifică.

STAATS, A.W. (1968), *Learning, Language and Cognition* Hold, Rinchart and Wiston.

STĂNICĂ, I., POPA, M., POPOVICI, D.V. (2001), *Psihopedagogie specială - deficiența de auz*, București, Editura Pro Humanitate.

ȘCHIOPU, URSULA (1967), *Psihologia copilului*, București, Editura Didactică și Pedagogică, ediția a II-a.

ȘCHIOPU, URSULA (1970), *Jocul și alte activități distractive ca instrumente de psihoterapie*, în Probleme psihologice ale jocului și distracțiilor, București, Editura Didactică și Pedagogică.

ȘCHIOPU, URSULA, Verza, E. (1981), *Psihologia vârstelor*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

ȘTEFAN, M. (1981), *Educarea copiilor cu vederea slabă. Ambliopi*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

ȚÂRDEA, V. (1974), *Metodica predării pronunției în școlile speciale de surzi*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

TOMATIS, A. (1967), *La dyslexie*, Paris, Ed. Centre de langage.

TONCESCU, N. (1967), *Neurofiziologia*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

TUCICOV-BOGDAN, A. (1973), *Psihologie generală și psihologie socială*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

UNGUREANU, D. (1998), *Compendiu logopedic școlar*, Timișoara, Editura Eurostampa.

VERZA, E. (1969), *Etape în educarea limbajului copiilor alalici*, în Studii de psihologie, Tipografia Universității din București.

VERZA, E. (1970), *Caracteristicile dislexiei și disgrafiei la școlari*, în Analele Universității București, seria Psihologie.

VERZA, E. (1972), *Particularitățile psihoterapiei în reeducarea vorbirii și personalității logonevroticului*, în Analele Universității București, seria Psihologie.

VERZA, E. (1973), *Conduita verbală a școlarilor mici*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

VERZA, E. (1977), *Dislalia și terapia ei*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

VERZA, E. (1981), *Particularitățile însușirii limbii și limbajului de către elevii handicapați*, București, în Limbile moderne în școală.

VERZA, E. (1982), *Particularități ale stimulării activității psihice prin dezvoltarea limbajului la elevii handicapați*, București, în Revista de psihologie nr. 3.

VERZA, E. (1982), *Ce este logopedia*, București, Editura Științifică și Enciclopedică.

- etajul 7

VERZA, E. (1983), *Disgrafia și terapia ei*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

VERZA, E. (1983), *Particularités des troubles de personnalité chez les déficients intellectuels*, în *Revue roumaine des sciences sociales, série de psychologie*, nr. 1.

VERZA, E., ANASTASIU, G. (1973), *Tulburări ale scrierii în Braille la nevăzători*, în *Analele Universității din București, Psihologie*.

VERZA, E., RADU, GH. (1988), *Terapia limbajului în învățământul ajutător, raportul limbaj – comunicare - învățare la deficientul mintal*, în E. Verza (coord.), *Probleme de defectologie*, Tipografia Universității din București.

VERZA, E., VERZA, E.F. (2000), *Psihologia vârstelor*, București, Editura Pro Humanitate.

VERZA, E.F. (2002), *Introducere în psihopedagogia specială și asistența socială*, București, Ed. Fundației Humanitas.

VĂGOTSKI, L.S. (1972), *Opere psihologice alese*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

VLASOVA, T.A., PEWZNER, M.S. (1975), *Despre copiii cu abateri în dezvoltare*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

VRĂJMAȘ, E., STĂNICĂ, C. (1997), *Terapia tulburărilor de limbaj*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

WALD, H. (1968), *Realitate și limbaj*, București, Editura Științifică și Enciclopedică.

WALD, L. (1969), *Progresul în limbaj*, București Editura Științifică.

WEST, R., KENNEDY, L., CARR, A. (1947), *Rehabilitation of Speech*, New York, London, Ed. Rev., Harper.

ZAZZO, R. (coord. 1979), *Debitățile mintale*, București, Editura Didactică și Pedagogică.

ZLATE, M. (2000), *Fundamentele psihologiei*, București, Editura Pro Humanitate.

2/2/2



Personalitate proeminentă a științei și vieții universitare contemporane, prof. univ. dr. EMIL VERZA și-a concentrat aria preocupărilor academice și didactice, îndeosebi asupra domeniilor complexe și de mare actualitate ale psihologiei vârstelor și ale psihopedagogiei speciale, domenii în care a adus contribuții majore, fundamentale, recunoscute atât în plan național, cât și internațional.

elaborat și publicat peste 100 de lucrări științifice și didactice de autor, în colaborare sau sub coordonare, studii și cercetări (utilitate), abordând o problemă actuală, dificilă, de realitate pentru specialiștii în materie și de mare utilitate pentru cadre didactice, practicieni din sfera psihopedagogiei și a terapiilor de recuperare și readaptare a persoanelor în vârstă.

În traseul creației domniei sale, au devenit deja lucrări de volum: „Conduita verbală a școlarilor mici” (1973), „Psihologia vârstelor” (1981, 2001), „Psihologia și terapia ei” (1983), „Metodologii contemporane în psihologia defectologiei și logopediei” (1987), „Adolescența și limbajul” (1989) ș.a.

Pe baza competențelor academice și didactice, prof. univ. dr. EMIL VERZA a fost invitat, în repetate rânduri, să susțină prelegeri de mare utilitate în SUA, Spania, Danemarca, Suedia.

România, prin activitatea pe care a desfășurat-o la Facultatea de Psihologie din București sau la alte unități de învățământ superior, sau particulare, a format și îndrumat zeci de generații de specialiști, cadre didactice, creatori de valori științifice sau artistice.

Recent, ca o recunoaștere valorică a întregii sale activități științifice, i s-a conferit înaltul titlu de DOCTOR HONORIS CAUSA al Universității de Vest din Timișoara.

EMIL VERZA

TRATAT
DE
LOGOPEDIE

VOLUMUL I

EDITURA FUNDATIEI